

問診表 (脳外科)

フリガナ _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳

1)いつから、どこが、どの様な症状なのかご記入ください。

2)今までにかかった病気に「○印」をつけて下さい。

脳卒中(病名 _____) 心臓病(病名 _____) がん(病名 _____)
高血圧 糖尿病 喘息 その他(病名 _____)

3)祖父母・両親・兄弟姉妹で上記の病気をされた方はいますか? はい ・ いいえ
「はい」と答えた方は、病名を記入して下さい(病名: _____)

4)薬の「アレルギー」はありますか? はい ・ いいえ
「はい」と答えた方にお聞きします。薬の名前は(_____)

5)体内に金属が入っていますか? はい ・ いいえ
入っているものに丸印をしてください
ペースメーカー 脳動脈瘤クリップ 人工関節 骨プレート 義眼
その他(_____)

6)アルコールは飲みますか? はい(量 _____ ml/日) ・ いいえ
タバコは吸いますか? はい(量 _____ 本/日) ・ いいえ

(7)妊娠の可能性はありますか? ある ・ ない

(8)以上の他に伝えたいことがございましたら、ご記入下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。