

# 神経内科問診票

清瀬博済堂クリニック神経内科外来

記載日 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)

記載者(本人と異なる場合) \_\_\_\_\_ 続柄( )

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ 携帯番号: \_\_\_\_\_

以下の質問は、これから行う診断・治療に際し重要な事項ですので、分かる範囲でなるべく詳しく記載して下さい。

ご協力をお願いいたします。

☆該当する項目に○をつけてください☆

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

頭痛 めまい しびれ 力が入りにくい 痛み ふるえ しゃべりにくい ものわすれ  
その他 \_\_\_\_\_

2. その症状はいつ頃からありますか

本日 昨日 一週間以内 一ヶ月以内 一ヶ月以上前から  
その他 \_\_\_\_\_

3. その症状は出始めた頃と比べて

徐々に悪化している 変わらない 徐々に良くなっている

4. 症状について特に伝えたいことがあればご記入ください

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. これまでに大きなご病気、また治療中のご病気はありますか

脳梗塞 ( 歳) 脳出血 ( 歳) 心筋梗塞 ( 歳) 狭心症 ( 歳) 不整脈 ( 歳)  
高血圧 ( 歳) 糖尿病 ( 歳) 脂質異常症(高脂血症) ( 歳) 気管支喘息 ( 歳)  
腎臓病 ( 歳) 前立腺肥大症 ( 歳) 緑内障 ( 歳)  
その他 ( 歳) ( 歳) ( 歳)

6. これまで薬や食べ物などに対してアレルギーはありますか  
造影剤 薬( ) 食べ物( )
7. 体の中に金属を入れる手術を(ペースメーカー、人工関節など)したことがありますか  
ある( ) ない
8. ご職業は何をされていますか  
( ) していない
9. 現在のご自宅は  
独居 ご家族と同居 施設等入所中
10. 介護保険は申請されていますか  
要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
11. 現在車の運転はされますか  
する・しない
12. 飲酒はされますか  
する(週 回)・付き合い程度・しない
13. 喫煙はされますか  
する(一日 本/ 年ぐらい)・以前はしていた・しない
14. (女性の方) 妊娠している可能性はありますか  
ある・ない
15. これまで輸血をされたことはありますか  
ある( 歳)・ない
16. 最後に当クリニックを知ったきっかけをお教え下さい。  
紹介( ) 広告 インターネット(ホームページ)  
口コミ 近隣 その他( )

☆現在、継続して内服されている薬はありますか(診察時にお薬手帳を見せて頂いても結構です)

---

---

---

---

ご協力ありがとうございました。