

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。