

脳神経外科 問診票

ID: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____ 男 生年月日 _____
氏名 _____ 女 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所: _____ 電話番号: _____ (自宅)
_____ (携帯)

■ 受診の主な理由に○をつけてください

- 1) 脳梗塞、脳出血が心配 2) 脳動脈瘤が心配 3) 頭の怪我が心配
4) 頭痛 5) めまい 6) しびれ 7) 物忘れ 8) 歩きにくさ
9) その他(_____)

■ 現在、他の病気で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は病名を記載してください
(_____)

■ 下記の病名に当てはまる方は○をつけてください。

脳疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 心疾患 ・ 肺疾患 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患

■ 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は病名を記載してください
(_____)

■ 嗜好品についてお答えください

たばこ; _____ 本/日 アルコール; _____ /日

■ アレルギーの有無についておこたえください

ぜんそく(はい ・ いいえ)、 食物(はい ・ いいえ)、 薬剤(はい ・ いいえ)

■ レントゲン、CTを行うことがありますか、妊娠している可能性がありますか？(女性の方のみ)

(はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師