

森内脳神経クリニック 問診票

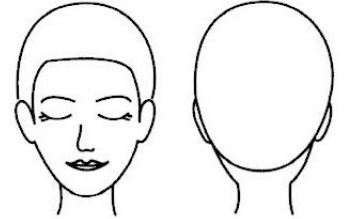
カルテNo. _____

記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		男	大正・昭和・平成		
名前	(自署)	・	年	月	日
		女	身長	cm	体重
住所	(〒 -)	電話	自宅		
			携帯		

1. どのような症状のために受診されますか？

- | | | |
|---------------|--------------|-----------|
| 頭痛・頭が重い | 頭、首を打った | 首が痛い、肩がこる |
| しびれ（手・足）（右・左） | めまい、ふらつき | 吐き気、嘔吐 |
| 手足が動きにくい | しゃべりにくい | 物忘れ |
| 目が見えにく | 手足がふるえる | |
| 意識がなくなる | その他（ _____ ） | |



症状はいつからどのように始まりましたか？

年 _____ 月 _____ 日ごろから （突然起こった ・ だんだん起こった）

痛む箇所をご記入下さい

2. 今までかかった病気はありますか？ いいえ ・ はい（はいの場合は下記に記入願います。）

- | | | | |
|-----|-----------------|--------------|------|
| 高血圧 | 脳卒中（脳出血・脳梗塞など） | 糖尿病 | 高脂血症 |
| 認知症 | 心臓病（狭心症・心筋梗塞など） | その他（ _____ ） | |

3. 現在、他の病気を治療中ですか？ また、お薬を飲んでいますか？

- いいえ ・ はい→病院、医院名（ _____ ） 病名（ _____ ）
- お薬手帳 あり ・ なし

4. 今まで手術を受けたことはありますか？

- いいえ ・ はい→手術はいつ頃、どのような（ _____ ）

5. 体内に金属はありますか？ ※歯の詰め物（金歯、銀歯など）は除きます

- | | | | |
|------------------|-------------------|----------|---------|
| ペースメーカー | ない ・ ある | ボルト | ない ・ ある |
| 脳動脈クリップ | ない ・ ある | ステント | ない ・ ある |
| シャントチューブ | ない ・ ある | コンタクトレンズ | ない ・ ある |
| 義眼 | ない ・ ある | 人工内耳 | ない ・ ある |
| 補聴器 | ない ・ ある | インプラント | ない ・ ある |
| 磁石を使った義歯 | ない ・ ある | 歯列矯正 | ない ・ ある |
| 入れ墨（眉毛、アイラインを含む） | ※低温火傷、変色することがあります | | ない ・ ある |
| その他（ _____ ） | | | |

6. 狭いところが苦手ですか？ いいえ ・ はい

7. 妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ） いいえ ・ はい

8. アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい（ _____ ）

9. どのようにして当院をお知りになりましたか？

- | | | |
|----------------------------|--------------|----------|
| ホームページ | 看板（道路・和泉府中駅） | 知人からの口コミ |
| 市役所のモニター | 暮らしの便利帳 | 郵便局のチラシ |
| 以前から院長にかかっていた（病院名： _____ ） | | 通りがかり |
| その他（ _____ ） | | |