

森内脳神経クリニック 問診票

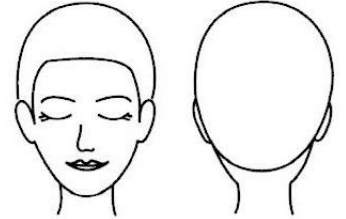
カルテNo.

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男	大正・昭和・平成・令和	
名前	(自署)	女	年 月 日	才
住所	(〒 -)	身長	cm	体重 kg
		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
 目が見えにくい 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	インプラント	ない ・ ある
人工内耳	ない ・ ある	コンタクトレンズ	ない ・ ある
義眼	ない ・ ある	ステント	ない ・ ある
脊髄刺激療法(SCS)	ない ・ ある	ポルト	ない ・ ある
補聴器	ない ・ ある	シャントチューブ	ない ・ ある
磁石を使った義歯	ない ・ ある	乳房エキスパンダー	ない ・ ある
歯列矯正	ない ・ ある	持続血糖測定センサー	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
ウィッグ(かつら)を装着されていますか？	いいえ ・ はい	増毛スプレー(パウダー)	ない ・ ある

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()