

問診票

平成____年____月____日

フリガナ

名前： _____

ご職業： _____

生年月日： 大・昭・平 年 月 日

利き手： 右利き 左利き

電話番号： 自宅 _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg

携帯 _____

住所： 〒 _____

どのような症状で受診されましたか？

頭痛
首こり・肩こり
めまい・吐き気
けいれん・意識消失
物忘れ
打撲
力が入りにくい
話しにくい
しびれ
目が見えにくい

今までにかかった病気はありますか？

高血圧
糖尿病
不整脈・心臓病
喘息
脳梗塞・脳内出血
高脂血症
その他 (_____)

今まで手術を受けたことはありますか？

なし
あり (_____)

これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

今日から 昨日から 3日前 1週間前 1ヶ月前 3ヶ月前
平成____年____月____日頃 (突然 ・ 徐々に)

ご家族に同様の症状の方はいますか？

なし ・ あり (_____)

今まで薬・食べ物などでアレルギーをおこしたことがありますか？

なし ・ あり (いつごろ / どんな _____)

どちらからの紹介ですか？

東京女子医科大学・さいたまガンマナイフセンター・三愛病院・他医療機関 (_____)
インターネット・広告・口コミ・その他 (_____)

予約患者・緊急性の高い患者優先のため、順番が変わることがあります。

何卒ご理解、ご了承ください。

おちあい脳クリニック 院長