

脳神経外科外来問診表

下記の質問にお答え下さい。

記入された方は、3番処置室前でお呼出しするまで南館 1F もしくは北館 1F ロビーでお待ち下さい。

(受診日) 平成____年____月____日 (氏名)_____

(性別) 男・女 (身長)_____cm (体重)_____kg

(生年月日) 明・大・昭・平____年____月____日 生まれ ____才

(職業)_____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みのある場合は、その部位もお書き下さい)

[]

2. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？(はい・いいえ・可能性あり) 授乳中ですか？(はい・いいえ)

月経(順調・不順) 最終月経(月 日～ 月 日)

3. 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…病名() 病院・医院名()

薬を(飲んでいる・飲んでいない) 薬名()

4. 今までにかかった病気があれば口に印を入れて下さい。(年齢でも構いません)

いつ頃	いつ頃	いつ頃
<input type="checkbox"/> 高血圧()	<input type="checkbox"/> 糖尿病()	<input type="checkbox"/> 腎臓病()
<input type="checkbox"/> 心臓病()	<input type="checkbox"/> 虫垂炎()	<input type="checkbox"/> 肝臓病()
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍()	<input type="checkbox"/> 喘息()	<input type="checkbox"/> 高脂血症()
<input type="checkbox"/> その他 病名()	いつ頃()	

5. 今までに入院したり、手術を受けたり、長く治療を受けたことはありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の方…()才頃、病名()

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の方…薬の名前() 食べ物の名前()

7. 嗜好品についてお答え下さい。

酒(1日)・飲まない / たばこ(1日 本)・吸わない

8. 下記の中で該当しているものがあれば口に印を入れて下さい。

ペースメーカーを挿入している 体内に金属が入っている どちらもあてはまらない

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、3番からお呼びいたしますので、もう少々お待ち下さい。