

ID
予約(有・無)

脳外科問診票

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平	日	歳
氏 名	男・女		年	月	
住 所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯番号	-	-	
		TEL	-	-	

下記のご質問にお答え下さい。

1. これまでに頭痛を自覚した事がありますか？
(いいえ ・ はい)
2. これまでに手足のしびれを自覚したことがありますか？
(いいえ ・ はい)
3. これまでに手もしくは足が動きにくくなったことがありますか？
(いいえ ・ はい)
4. これまでに脳梗塞と診断されたことがありますか？
(いいえ ・ はい)
5. 高血圧、糖尿病、高脂血症といった生活習慣病の診断を受けたことがありますか？
(いいえ ・ はい)
6. 現在、定期的にお薬を飲まれていますか？
(いいえ ・ はい)
7. 6で「はい」とお答えの方で薬品名がお分かりになればご記入ください。
(薬品名：)
8. 3世代以内のご家族に「くも膜下出血」の方がいらっしゃいますか？
(いいえ ・ はい)
9. 意識を失ったことがありますか？もしくはけいれんを起こしたことはありますか？
(いいえ ・ はい)
10. 「てんかん」と診断されたことはありますか？
(いいえ ・ はい)
11. 頭をぶつけるような怪我をされたことがありますか？
(いいえ ・ はい)
12. 11で「はい」とお答えになった方はそのために入院や手術受けたことがある場合は詳しく内容をご記入してください。
13. もの忘れをすることが多くなったと自覚することがありますか？
(いいえ ・ はい)
14. 13で「はい」とお答えの方はどのようなもの忘れか、分かる範囲でご記入ください。
15. 上記の項目に当てはまらない症状や事由で受診される方はその理由をお書きください。

(当院が初めての方にお聞きます) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり
4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。