脳外科問診票

お名前　　様　M・T・S・H　年　月　日生　歳

記入日　平成　年　月　日

1、今日、診察に来られた理由を書いてください。いつ頃から、どんな症状がありましたか？

2、定期的に診察を受けている疾患はありますか？

イ)　ない　　ロ)　ある　（ひきつけ、 高血圧、 糖尿病、 喘息、心臓病 ）
その他　（　　）

3、ある方はどちらの医療機関にかかっていますか？医療機関名をご記入下さい。
（　　）

4、いつも内服されているお薬はありますか？　市販薬、頭痛薬も含む。

イ)　ない　　ロ)　ある（　　）

5、　以前に、入院又は手術を受けたことがある方は、病名を書いてください。

イ)　ない　　ロ)　ある　（　　歳頃　病名：　　）
（　　歳頃　病名：　　）
（　　歳頃　病名：　　）

6、アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物などでじん麻疹やショックなど）

イ)　ない　　ロ)　ある　（　　）

7、女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか？（　ある　　ない　　わからない　）

最終月経　　月　　日

特定医療法人社団御上会　　野洲病院　　脳神経外科