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（果物含む）・ゴム製品などで
蕁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