

# 脳神経内科外来問診票

令和 年 月 日

より良い医療を受けて頂くために、患者様からの情報が大切です。お手数ですが、診察の前に下記の質問にお答えください。なお、この問診票は患者様に提供する診療以外の目的で使用することはございません。

お名前	様 ( ) 才	男・女	身長	cm			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	体重	kg	
職業						体温	°C

1. いつ頃から、どこの具合が悪くて受診されましたか？

〔 〕

2. 以前にかかったことのある病気や手術、現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

〔 病名・いつから・治療を受けている病院など 〕

3. 現在服用中の薬はありますか？

・は い (薬名) ) ・いいえ

4. 以前にかかった又は現在もある病名を○で囲んでください。

・緑内障	無・有	・腎臓病	無・有	・喘息	無・有
・白内障	無・有	・肝臓病	無・有	・前立腺肥大	無・有
・心臓病	無・有	・甲状腺機能異常	無・有		
・高血圧	無・有	・糖尿病	無・有		

5. 心臓の手術（ペースメーカーなど）を受けたことがありますか？ ・は い・いいえ

6. 喫煙・飲酒についてお伺いします。 ・喫 煙 しない する ( 本/日)  
・飲 酒 しない する ( 本/日)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・は い(薬名・食品) ) ・いいえ

8. 女性の方のみお答えください。

・妊娠の可能性はありますか？ ・は い (妊娠 ヶ月) ・いいえ  
・授乳中ですか？ ・は い ・いいえ

9. ご家族・血縁の方に当たる病気に○を付けてください。

・心臓病（狭心症・心筋梗塞） ・糖尿病 ・高脂血症  
・脳血管障害（脳卒中・脳梗塞・脳出血） ・高血圧 ・悪性腫瘍（癌）

10. その他、医師に伝えたいがありましたらご記入ください。

〔 〕