

はんだ脳神経内科クリニック 初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ふりがな)

お名前 _____ (男・女) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)

〒

自宅

ご住所 _____ 電話番号 _____ 携帯 _____

1. 本日はどうされましたか？

- 頭痛 めまい しびれ もの忘れ 力がうまく入らない 歩きづらい
 その他 (_____)

2. 症状はいつ頃からですか？ また、どのように変化していますか？

(_____ 頃から) 変わらない よくなっている 悪くなっている

3. 現在治療中の病気、または、過去に治療を受けた大きな病気はありますか？

- ない ある → 糖尿病 高血圧症 高脂血症 その他 (_____)
通院中の病院 ない ある (_____)

4. 現在、内服しているお薬はありますか？ (お薬手帳、紹介状をお持ちの方はご記入不要です)

- ない ある → (薬剤名: _____)

5. 今までに薬の副作用を経験したことはありますか？

- ない ある → (具体的に: _____)

6. 今までに薬や食べものでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

- ない ある → (具体的に: _____)

7. 生活習慣についてお伺いします

- お酒 飲まない 飲む (どの程度 _____)
たばこ 吸わない 吸う (1日何本、何年間 _____) 禁煙した

8. 女性の方にお伺いします

- 現在、妊娠していますか？ いいえ わからない はい (妊娠 _____ ヶ月)
授乳中ですか？ いいえ はい ※妊活中の方は処方内容に影響がありますので診察時にお伝えください

9. MRI 検査のご希望はありますか？ (予約状況やご来院時間等で当日対応が困難な際は、後日撮像となりますのでご了承ください)

- ない ある (あるに☑をつけられた方は、下記の質問にお答えください)
- 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ ない ある (いつ _____)
 - 手術により体内に金属が埋め込まれていますか？ ない ある (具体的に _____)
 - 過去に金属を加工する作業や、事故等で体内に金属異物はありますか？ ない ある (_____)
 - 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

10. 最近2週間のうちに、発熱・かぜ症状等がありますか？

- ない ある (あるに☑をつけられた方は、腋窩体温計での検温に御協力をお願いいたします)

重要：当クリニックには、脳神経内科領域の基礎疾患をお持ちの患者様が多数来院されています。万が一、感染症に罹患された際には重篤な症状となる可能性があり、当クリニックでは原則として発熱(37.5度以上)もしくはかぜ症状(咳や痰、強い倦怠感等)を有する患者様への診察、検査等につきましては対応していません。発熱を有する患者様には、発熱患者様の対応が可能な病院への受診をお願いしています。大変ご迷惑をお掛けいたしますが、ご理解の程よろしくお願いたします。

院長