

# はんだ脳神経内科クリニック

## 初診問診票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	性別	生年月日
お名前	男・女	年 月 日生 歳
ご住所 〒 -	お電話番号	
	自宅 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. 症状はいつごろからですか？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 高脂血症 その他 ( )  
通院中の病院名 ない ある ( )

### 4. 現在飲んで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がありますか？

ない ある(具体的に: )

### 6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

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(一日何本、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( ヶ月)  
授乳中ですか？ いいえ はい

### 9. MRI検査のご希望はありますか？

ない ある

### 10. その他、ご要望がありましたらご記入ください。