



# とみた脳神経外科クリニック 問診票 ID:

ふりがな:

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ Kg 男・女

氏名:

生年月日  
大・昭・平: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

住所:

電話番号: 自宅:

携帯:

- 1) 本日はどのような症状のために来院されましたか?
- 2) それはいつごろからですか?
- 3) 発症様式と症状の経過はどうですか?  
突然 いつのまにか  
悪化している かわらない 改善傾向
- 4) 今までに手術を受けたことがありますか?  
ない ある ⇒(部位・手術名・いつ? )
- 5) 薬や食べ物などでアレルギーを生じたことはありますか?  
ない ある ⇒(薬: )  
(食べ物: )  
(その他: )
- 6) 既往歴や内服中の薬について教えてください。  
高血圧 高コレステロール 糖尿病 脳卒中 不整脈  
頸椎或いは腰椎疾患 呼吸器  
その他( )
- 7) たばこを吸いますか                      8) お酒を飲みますか  
吸わない 吸う                                      飲まない 飲む
- 9) 放射線検査を行うことがあります。女性の方はお答えください。現在妊娠の可能性はありますか?  
はい いいえ
- 10) 下記のもので該当するものがありますか?  
ペースメーカー 人工弁 脳動脈瘤クリッピング 整形外科手術 人工内耳 補聴器  
インプラント 入れ墨(眉毛、アイライン等も含む) 避妊リング その他の体内金属
- 11) 当院をどのようにお知りになりましたか?  
当院のホームページ 新聞のちらし 家族・知人 その他( )

ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。  
順番となりましたら呼びますので、もうしばらくお待ちください。