1111111111k0010520127/1910001000k0001EGMAI N0003N

脳神経内科問診票（昭和大学病院・東病院）

@SYSDATE

診察を円滑に行うために、必要事項の記載をお願いいたします。
フリガナ　@PATIENTNAMEKANA
氏名　@PATIENTNAME　　年齢　@PATIENTAGEFORMATTED
身長＿＿＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿＿＿＿kg

１　本日はどのような症状で来院されましたか？　当てはまるもの全てにレをつけてください。

□運動麻痺がある（□右手、□右足、□左手、□左足）　□頭痛　□発語障害　□痙攣
□しびれ感がある（□右手、□右足、□左手、□左足）　□めまい　□物忘れがはげしい
□震えがある（□右手、□右足、□左手、□左足）　□吐き気がある　□痴呆が気になる
□他病院からの紹介　　□その他（　　）

２　上記の症状はいつ頃からですか？

□（　　）日前から　　□（　　）ヵ月前から　　□（　　）年前から
□いつからかわからない
□現在も症状はありますか
　□ない　　□ある…１日に何回ぐらいありますか（　　）回

３　上記のことで他の病院で診察をお受けになったことがありますか？

□ない　　□ある（□薬の処方　　□点滴、　□入院を勧められた　）

４　現在、治療中の病気で何か使われているお薬はありますか？

□ない　　□ある…　病名　〔　　〕
　　薬品名〔　　〕

５　薬のアレルギーがありますか？

□ない　　□ある　　〔　　〕

６　現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

□ない　　□ある（出産予定日：　　年　　月　　日）　□わからない　□閉経

７　タバコは吸いますか？

□吸わない　□吸っていた…　１日　（　　）本（　　）才～（　　）才まで
□吸う　　１日（　　）本　（　　）才～

８　お酒は飲みますか？

□飲まない　□飲んでいた…　１日何を（　　）どれくらい（　　）
□飲む…週（　　）日、　１日何を（　　）どれくらい（　　）