

脳神経内科問診票（昭和大学病院・東病院）

記入日 年 月 日

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 _____

氏名 _____ 年齢 _____

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☑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：20 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（ ）

9 この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

- いいえ はい… 指摘事項 []

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。