

脳神経内科問診票（昭和医科大学病院・東病院）

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。

- ☐麻痺がある（☐右手、☐右足、☐左手、☐左足） ☐頭痛 ☐もの忘れ ☐めまい
☐感覚がおかしい（☐右手、☐右足、☐左手、☐左足） ☐呂律が回らない ☐ふらつき
☐ふるえがある（☐右手、☐右足、☐左手、☐左足） ☐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。