

# 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。