

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。