

なかはら脳神経クリニック 問診表

フリガナ 脳神経外科 整形外科
 氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 才

住所 (〒 _____)

電話番号 _____ ご職業: (_____)

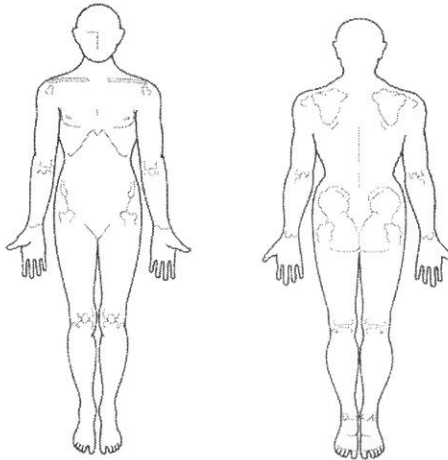
緊急連絡先 TEL _____ お名前 _____ 続柄 _____

妊娠の有無 有 無 身長 _____ cm 体重 _____ kg

- ① ここ2週間以内で発熱はありましたか 有 無 _____
 ② 今日はどうされましたか いつからどのような症状ですか

いつから:

どのような症状



気になる箇所に印をつけてください

どのようなきっかけで起こりましたか？

気がついたら 突然 転倒 交通事故 不明 工作中
 その他(_____)

- ③ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか
- ④ 現在 お薬を飲んでいますか？
 はい →お薬手帳を持っている(記入の必要はありません)
 持っていない場合は、服用している薬剤名: (_____)
 いいえ
 お薬のアレルギーはありますか？ なし あり(ある場合は薬剤名: _____)
- ⑤ 健康長寿のために、骨そしょう症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため 65 歳以上の女性、70 歳以上の男性の方に骨密度検査をお勧めしています。
 骨密度検査を(希望する・希望しない・最近検査を受けた・治療している)
- ⑥ 当クリニックに来院していただき誠にありがとうございます。
 もし、差し支えなければ、当院を来院されたきっかけに丸をつけてください。
 チラシ・インターネット・ご紹介(_____)、その他(_____)
 ※ご記入頂きました情報は診療に必要な範囲のみ使用し当該目的以外には使用いたしません