

# 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 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 才

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ご職業:( \_\_\_\_\_ )

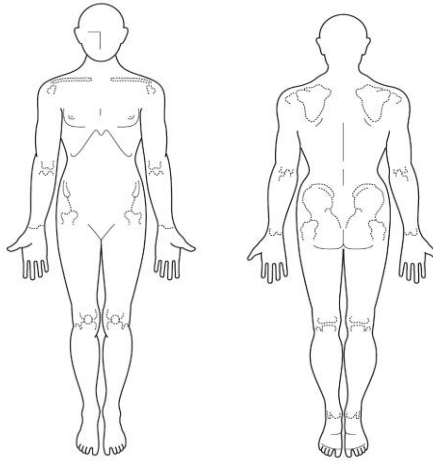
緊急の連絡先 Tel \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

妊娠の有無 有 無 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

① ここ2週間以内に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:



気になる箇所に印をつけてください

どのような症状

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 仕事中

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(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 分院くろだ脳神経クリニックへ受診したことはありますか？( ある ・ ない )

※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