

# 東部クリニック 問診表(脳外科)

職業  
( )

お名前 \_\_\_\_\_

当院を何でお知りになりましたか？

- 知人友人からの紹介や口コミ    ホームページ    看板    チラシ    その他  
 他の医療機関(医療機関名: \_\_\_\_\_)

1) 今回の症状を下から選んでください。また、その症状はいつからですか？

- 頭痛    めまいがする    しびれがある    物忘れがある  
 その他( )

2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい   いいえ

病院名 ( ) 病名 ( )

3) 今までにかかれた病気はありますか？

はい   いいえ

喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 緑内障 前立腺肥大症  
その他( )

4) 現在、薬を服用していますか？ お薬手帳があれば出して下さい

はい   いいえ

( )

5) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？

はい   いいえ

薬名( )  
症状(蕁麻疹 気分不良 腫れた その他 )

6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？

はい   いいえ

( )

7) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

はい   いいえ

脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 高血圧 心臓疾患 ガン その他( )

8) 嗜好品についてお聞きします。

タバコ : 吸わない・吸う (1日 本/ 年)

お酒 : 飲まない・飲む ( 毎日、週に 回、月に 回、付き合い程度 )

9) 検査の為に聞きします

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ ..... はい   いいえ

2. 閉所恐怖症ですか？ ..... はい   いいえ

3. (粉・振りかけるタイプ)薄毛かくしや白髪かくしの粉を使用していますか？ ..... はい   いいえ

4. 美容の為、リフトアップで金の糸が入っていますか？ ..... はい   いいえ

5. 歯科矯正(歯並びの治療)中ですか？ ..... はい   いいえ

6. 刺青(いれずみ)やアートメイクはありますか？ ..... はい   いいえ

7. 体内に人工物が入っていますか？ ..... はい   いいえ

心臓ペースメーカー   スtent   人工弁   歯科矯正具   その他骨折などの金属  
( )

8. 今までに特定健診または長寿健診を受けたことがありますか？ ..... はい   いいえ

10) よろしければメールアドレスを教えてください。(医療情報等の発信に使用します。)

( )