

問 診 票

お答えできる範囲で結構ですので、可能な範囲で簡潔に記入してください。
ご本人が書けない場合は付き添いの方で結構です。

氏名	ふりがな _____ 男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____	電話	自宅 () 携帯 ()
緊急の連絡先	氏名 _____	続柄 ()	電話番号 ()

1. どのような症状ですか

- 頭痛 もの忘れ 手足のしびれ・痛み めまい 頭をうった(けが) 顔の痛み、違和感
 話しぶらい 手足のまひ 首が痛い 腰が痛い 歩きにくい その他 ()

2. いつからの症状ですか

- 今日 2, 3日前 数週間前 数ヶ月前 その他 ()

3. 脳、首、腰などの病気で手術を受けたことがあります

- ない ある (手術名: _____ 内容: _____ 病院名: _____)

4. それ以外の過去の大きな病気について (申告可能な範囲で結構です)

- ない ある ()

5. 現在、治療中の病気はありますか

- ない ある (病名: _____ 通院先: _____ お薬: _____ お薬手帳 (持参あり なし))

6. ご家族に、脳の病気になった方はいらっしゃいますか

- いない いる (病名 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳動脈瘤、その他 ())

7. 血液をサラサラにすると言われていたお薬を飲んでいますか

- ない ある (薬の名前: _____)

8. アレルギーはありますか

- ない ある ()

9. 嗜好品について

タバコ (吸う、吸わない) 吸う方は1日 () 本
アルコール (飲む、飲まない) 飲む方は 1日に350ml 缶ビール () 本 その他 ()

10. 女性の方へ。現在妊娠されていますか。または可能性がありますか

- いいえ はい ()

11. 過去に、西宮協立脳神経外科病院で、英院長の診察、または手術を受けたことがありますか

- いいえ はい 最終通院日 () 手術の場合の病名 ()

12. 当院をどこでお知りになりましたか

- 院長、または、副院長より紹介 インターネット (スマホやPCのWeb) 折り込み広告
 知人、家族からの紹介 医療機関からの紹介 通りすがり その他の看板や広告