

脳神経内科・一般内科 問診票

再診の方は太枠内のみご記入ください。

フリガナ	生年	大正 昭和				
お名前	月 日	平成 令和	年	月	日	(満 歳)
	性別	男性	女性	職業	体重	kg
ご住所〒						
電話番号 ☎ご自宅 ☐携帯						

該当する項目に○もしくはご記入ください

1. どのような症状で受診されましたか	
2. 症状はいつ頃からですか	年 月 日 (午前・午後 時) 頃から
3. 今までにどんな病気をしましたか	1. ある (下記項目に○をご記入ください) 2. ない 糖尿病 高血圧症 高脂血症 膠原病 リウマチ 脳梗塞 脳出血 肝疾患 腎臓病 狭心症 心筋梗塞 喘息 緑内障 胃潰瘍 前立腺 その他 ()
4. 手術を受けたことはありますか 体に機械や金属が入っていますか	1. はい 2. いいえ 疾患名()
5. アレルギーはありますか	1. はい 2. いいえ ・お薬 (ある・ない) ➡具体的に : ・食物 (ある・ない) ➡具体的に : ・その他 (ある・ない) ➡具体的に :
6. 現在飲んでいるお薬はありますか	1. はい 2. いいえ (薬の名称 :)
7. 飲酒はしますか	☐ 全く飲まない ☐ たまに飲む ☐ 毎日飲む (お酒の種類と量 :)
8. 喫煙はしますか	☐ 吸ったことがない ☐ 以前吸っていた ☐ 吸う (歳から 1 日 本)
9. 血縁の方に病気をした方はいますか	1. はい 2. いいえ どなたが () 疾患名 ()
10. 女性の方へ : 現在、妊娠・授乳中ですか？	1. はい ☐ 妊娠(ヶ月) ☐ 授乳中 2. いいえ ☐ 可能性がある
11. 他にご希望がありましたら ご記入ください	

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しいただけますよう、お願い致します。

看護師 記入欄	BT °C, BP / mmHg, HR bpm, SpO2 %
------------	---

