

# 神経内科 問診票

下記の表のあてはまるところに記入または○・☑のしるしをつけて下さい。

		年	月	日
受診者 氏名		男	( T ・ S ・ H ・ R )	
連絡先(携帯番号)		女	生年月日	年 月 日 歳
職 業(現在)		(過去)		
身 長	Cm	体 重		kg

## 本日はどうなされましたか

1. 最もお困りのことはどんなことでしょうか？

2. 現在 他の医療機関におかかりですか？

\* 診断名: \_\_\_\_\_

\* 投薬名: \_\_\_\_\_

3. 薬のために副作用、アレルギーが出たことがありますか？ ある方は下記に記入してください。

薬の名前: \_\_\_\_\_ 症状 ( じんましん、ショック、その他 )

薬の名前: \_\_\_\_\_ 症状 ( じんましん、ショック、その他 )

4. このほか、大きな病気や手術・ケガをしたことがありますか？ ある方は下記に記入してください。

病名や症状: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

病名や症状: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

病名や症状: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

5. 私は ( 右 ・ 左 ) ききです。

6. これから受ける診察に義希望がありましたら記入してください。(検査を希望する等)