

脳神経内科 ・ 心療内科 問診票

初診日： 年 月 日

カルテID			
ふりがな	電話番号：自宅		
氏名：	携帯		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日	年齢： 才(男・女)
住所	〒		
緊急連絡先	電話番号：自宅		
氏名：	続柄 () 携帯		

1. 今日は何がお困りで来られましたか？

(いつから、どこが、どの様に悪いですか？時間を追って順序よく症状の記入をお願いします)

2. 現在治療中の病気等あれば全て古い年代順に記入して下さい。

いつ頃から	病名	治療を受けている病院名	薬処方の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

3. 過去にかかった病気、手術がありましたら全て古い順に記入して下さい。

いつ頃	病名	治療を受けた病院名	手術の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

4. アレルギーについて伺います。これまでに薬(内服薬 注射)で蕁麻疹、吐き気さむけ、けいれんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？

(有 無) → 有りの方は何の薬でどんな症状が出ましたか？

薬品名：

症状：

画像検査(CT MRI レントゲン)に関する問診

* 過去3か月以内に画像検査を受けたことがありますか。(はい いいえ)
「はい」と答えた方は、わかる範囲で下記に記入をお願いします。

年 月 日	画像検査	部 位	医療機関

* 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠または可能性がありますか。(はい いいえ)

* お薬手帳 (持参 忘れた 持っていない)