脳神経外科・内科問診票

記入日：西暦　　年　　月　　日　シルバーファーン東京クリニック

当院では初診の際にみなさまのご負担を最小限にするため、問診票へのご記入をお願いしております。
リラックスしながら、わかる範囲で構いませんのでご回答をお願いいたします。
※各種医療証・医療券をお持ちの方は受付までお持ちください。

受診される方のお名前(フリガナ)

ご記入者　　※ご本人との関係性：

ご住所 〒

電話番号(　　)

1．本日受診された主な症状や相談したい内容についてご記入ください
・頭痛　・めまい　・手足のしびれ　・もの忘れ　・発熱　・咳　・たん　・のど症状
・鼻症状　・動悸　・呼吸が苦しい　・胸痛　・腹痛　・便秘　・下痢　・関節痛
・発疹　・むくみ
・その他（　　）

2．その症状はいつからありますか？
※〇年〇月〇日、先週、先月、〇歳頃から等、わかる範囲でご記入ください。

3．現在、定期的に通院されている病院はありますか？【　はい　・　いいえ　】
※はいに〇をつけた方、本日紹介状はお持ちですか？　【　はい　・　いいえ　】

4．今までかかった大きな病気やけがについて教えてください
①大きなけがや病気をしたことがありますか　【　はい　・　いいえ　】
②はいに〇をつけた方、病名や時期(〇歳の頃)など、わかる範囲で教えてください

5．現在、お薬は飲んでいらっしゃいますか？【　はい　・　いいえ　】
①はいに〇をつけた方、本日お薬手帳はお持ちですか？　【　はい　・　いいえ　】
②おわかりの範囲で、今飲んでいるお薬をご記入ください。
（お薬手帳をお持ちの方はご記載不要です）

6．食べ物やお薬のアレルギーはありますか？【　はい　・　いいえ　】
①はいに〇をつけた方、お分かりの範囲でアレルギーについて教えてください。

7．女性の方へ
①現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？　【　はい　・　いいえ　】
②現在授乳中ですか？　【　はい　・　いいえ　】