

(ふりがな)

神経内科問診票

お名前:

※下記は診察に必要な内容です。恐れ入りますが、必ずすべてを記入してください。

1 お薬手帳を持参されましたか？

持ってきた 忘れた 薬は飲んでいない

2 内科かかりつけ医はありますか？

ありません あります (医院名: _____)

3 本日はどうされましたか？

頭痛 物忘れ めまい しびれ 風邪

その他 (下記に具体的に記載してください)

4 それは何日あるいは何ヶ月前から始まりましたか？

5 毎日飲んでいる薬や現在治療中の病気はありますか？

あります。 ありません。

その薬や病気の名前を記入下さい(わからなければ後日教えて下さい)。

6 薬や食物に対するアレルギーはありますか？

あります。 ありません。

その名前を記入して下さい。

7 子供を作る予定はありますか？ あります ありません。

8 過去にかかった病気・受けた手術、知っておいて欲しい体質、診察時に聞きたいことなどを教えてください。

〒 _____ 県 _____

電話番号 _____