

(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。

〒 \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 県

電話番号 \_\_\_\_\_