

高橋脳神経外科クリニック 問診票

ふりがな
氏名

性別 男・女 生年月日 明・大
昭・平 年 月 日

住所 〒

電話 ()

○今回の症状を以下から選んで○をつけて下さい。

頭痛、頭重感、頸部痛、腰痛、めまい、頭部打撲、手足のしびれ、手足のふるえ、
手足のけいれん、ろれつが回らない、言葉が出にくい、
顔面が動きにくい、顔面がけいれんする、ものが見えにくい、もの忘れが気になる、
意識障害、その他 ()

○その症状にはいつ頃からお気づきですか？ () から

○今までにかかった、あるいは治療中の病気はありますか。以下に○をつけて下さい。

高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓疾患、脳梗塞、脳出血、胃潰瘍、縁内障、ぜんそく、
その他 () 、特になし

○現在、内服中のお薬はありますか？分かればご記入下さい。

内服薬 ()

○飲み薬や注射薬でアレルギーを起こしたことや具合が悪くなったことがありますか？

はい いいえ

あれば、その時の薬の名前をご記入下さい。

()

○現在、妊娠中ですか？

はい いいえ

○現在、授乳中ですか？

はい いいえ

○刺青(入れ墨)はありますか？

はい いいえ

○心臓ペースメーカー、ステント、人工弁、脳動脈瘤クリップ、人工内耳、人工関節
マグネットを使用した義歯等が体内に入っていますか？

はい いいえ

○喫煙の習慣はありますか？

はい いいえ