【神経内科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳

1.今日は、どのような症状で受診されますか？

　　その症状は、いつから始まりましたか。

2.今までに病気をしたことがありますか。○をつけてください

　　高血圧　　　　高脂血症　　　　糖尿病　　　　心臓病　　　　不整脈

脳梗塞　　　　喘息　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

3.現在当科以外の科・又は医療機関を受診していますか。

　　　　いいえ　・　はい　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4.女性の方へ　現在妊娠している可能性はありますか?

　　いいえ　・　はい　　・どちらともいえない

* 他の医療機関からの紹介状・健康診断の結果表をお持ちの方は、受付へ申し出てください