【神経内科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　様　　男　・　女　　歳

身長　　㎝　　体重　　kg

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。〇をつけてください

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

5.喫煙歴はありますか

いいえ　はい（　　歳~　　歳、１日　　本）

6.飲酒歴はありますか

いいえ　はい（　　歳~　　歳、種類：　　量：　　ml　週　　日）

7. 感染症についてお聞きします

１ 週間以内にコロナ陽性者や濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触はありましたか？　　はい（時期　　）　いいえ

過去１週間以内に新たに生じた症状はありますか？

□のどの痛み　□発熱　□鼻水　□頭痛　□息切れ　□せき　□味を感じにくい

□においを感じにくい　□該当なし

☆ 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

筑波大学付属病院水戸地域医療教育センター　総合病院　水戸協同病院