

くろだ脳神経クリニック 問診表

フリガナ

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所 〒 _____

電話番号 _____ ご職業:(_____)

緊急の連絡先 TEL _____ お名前 _____ 続柄 _____

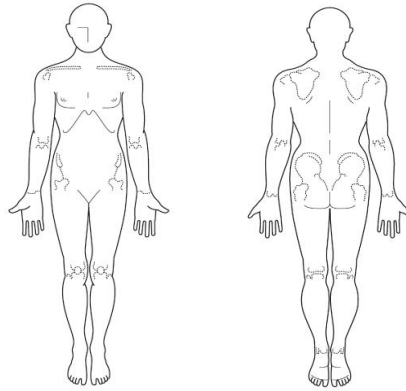
妊娠の有無 有 無 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① ここ2週間以内に発熱はありましたか _____ 有 _____ 無 _____

② 今日はどうされましたか _____ いつからどのような症状ですか _____

いつから:

どのような症状



気になる箇所に印をつけてください

どのようなきっかけで起こりましたか?

気がついたら 突然 転倒 交通事故 不明 工作中
その他(_____)

③ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか

④ 現在 お薬を飲んでいますか?

はい→お薬手帳を持っている(記入の必要はありません)

持っていない場合は服用している薬剤名(_____)

いいえ

お薬のアレルギーはありますか? なし あり(薬剤名: _____)

⑤ 本院 なかはら脳神経クリニックに受診した事がありますか?

なし あり(診察券番号: _____)

当クリニックに来院していただき誠にありがとうございます。

もし、差し支えなければ、当院を来院されたきっかけに丸をつけてください。

チラシ・インターネット・ご紹介(_____)、その他(_____)

※ご記入頂きました情報は診療に必要な範囲のみ使用し当該目的以外には使用いたしません