年　月　日

脳神経外科問診票

氏名　　様　　才（男・女）

体温　　℃
血圧　　/
脈
ＳｐＯ２

Q1: 今日はどのような症状で来院されましたか？

①いつから？　（　　）
②どこが？　（　　）
③その症状は？　（痛い・だるい・吐き気・めまい・しびれる・力がはいらない
その他：　　）

Q2: 本日、脳外科で調べてもらいたい事は何ですか?

（　　）

Q3: 心配なことはありますか？　特に医師に聞きたい事はありますか？

（　　）

Q4: 今まで治療した病気はありますか？

（　　）

Q5: 現在治療中の病気はありますか？　お飲みになっている薬はありますか？

（　　）

生活情報

酒	毎日（　　）合　・　ときどき　・　飲まない	
たばこ	平均1日　　本 ・ ときどき月　　本 ・ ときどき年　　本 いつから禁煙？（　　ヶ月前・　　年前）　・　吸わない	
妊娠されている可能性はありますか？	ある　・　ない	
薬・食べ物・その他・アレルギーはありますか？	ある（　　）　・　ない	

人間ドッグをお受けになったことはございますか？	受けた（　　年前）　・　受けてない

＊当院の脳神経外科をどこでお知りになりましたか？
口コミ・ネット・知人の紹介・その他(　　)

湘南東部クリニック　脳神経外科外来