

《外来問診表》

氏名 _____ 職業（現在） _____（以前） _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg

1. 今日、受診される科はどちらですか？ 脳神経外科 循環器内科
2. いつから症状はありますか？（ 月 日・午前/午後 時 分から）（ 年前）（ ヶ月前）
3. どのような症状ですか？
（ _____ ）

4. 既往歴（これまでにかった病気）についてお伺いします。 ※出生から現在まで全て記入下さい
内科・小児科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・皮膚科・産婦人科・泌尿器科も含みます。

例(40歳) 病名 高血圧、糖尿病、脂質異常症 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名ブレインハートセンター
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____
(歳) 病名 _____ 内服治療中・通院・入院・手術 医療機関名 _____

現在、お薬手帳をお持ちの方は看護師へ渡してください

5. アレルギーはありますか？
花粉症 食べ物（ _____ ） 市販薬を含めた薬（ _____ ）

6. 生活習慣についてお訊ねします
【喫煙】
 吸ったことがない
 過去に吸っていた（ ）歳 ～ （ ）歳 _____ 本/日
 吸う（1日 本、 歳から現在）
【飲酒】
 飲まない
 過去に飲んでいて（ ）歳 ～ （ ）歳 _____ ml/日
 飲む（ 歳から現在） 毎日・時々・付き合い程度
飲酒量（ビール ml/日 日本酒 ml/日 焼酎 ml/日）

7. あてはまるものに○印をつけてください
アートメイク(部位 _____) タトゥ・刺青(部位 _____) カラーコンタクト
閉所恐怖症 歯科金属(インプラント、磁気インプラント、歯科矯正) 人工関節 ペースメーカー
その他体内金属(_____)

8. 女性の方にお聞きします 現在、妊娠の可能性はありますか？ いいえ / はい
授乳中ですか？ いいえ / はい

9. 家族歴をお伺いします
祖父母・両親・叔父叔母・兄弟・子供で 脳や心臓の病気・糖尿病・高血圧・脂質異常症の方はいますか？
いる(_____)

10. 本日はどなたと受診されていますか？ 1人・配偶者・子供・兄弟・父・母・祖父母・知人・友人・勤務先同僚