

問 診 票

受診年月日

年 月 日

お名前 _____

ご年齢 _____

性別 男・女

1. 今回、受診した理由を簡単にご記入して下さい。

* 今回の受診理由が「交通事故」「仕事中の怪我」「通勤途中」の場合はお知らせください

2. 現在、治療中の病気はありますか？あればご記入ください。

* 現在、薬を飲んでいる場合はお薬手帳をご提示ください。

3. 今までにかかれた病気があればご記入ください。

脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 心臓疾患 高血圧 腎臓疾患 糖尿病 脂質異常症
消化器疾患 眼疾患 喘息
その他 ()

4. 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方はいますか。○をつけてください。

脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血

※病院記入欄

初診 ・ 久しぶりの受診(最終受診) 年 月 / 以前のカルテ あり なし)
医療法人社団 明芳会 イムス横浜狩場脳神経外科病院