

問 診 票

この問診票は（初めての診察）の際に参考にするためのものです。
書きにくいところなどがあれば、空欄のままでも結構です。

- この問診票に回答されている方はどなたですか？

本人 / その他（ _____ ）

- 本日、同伴されている方はいますか？

（ _____ ）

- どんな症状があって、今日来られましたか？

（例）不眠

- その症状はいつから始まりましたか？

- その症状のために他の病院（医院）で診てもらったことがありますか？

ない / ある （ _____ 病院 / 医院）

- 以前に、神経科を受診したことはありますか？

ない / ある （ _____ 病院 / 医院）

- 差し支えなければ、そのときの症状を教えてください。

- 以前に神経科に入院したことはありますか？

ない / ある （いつ頃 _____ 病院 / 医院）

- 以前に身体の大病をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？

ない / ある （ _____ ）

- アレルギーがありますか？

ない / ある

- 現在、同居されている御家族はどなたですか？

ひとり暮らし / 父 / 母 / 夫 / 妻 / こども / 孫 / 兄弟姉妹 / その他（ _____ ）

- この病院については、どなたから紹介されましたか？
