

広南病院 外来問診票

受診日 20 年 月 日
お名前 様

I. 今回の症状についてお伺いします

1. いつから []
2. どこが []
3. どのような症状 []
4. 今回の症状において、他の医療機関を受診しましたか？
いいえ
はい (病院名 _____ 診断名 _____)
5. 発熱はありましたか？
いいえ はい (_____ °C)
6. 血縁者に同じ症状の方はいますか？
いいえ はい (どなたですか _____)

II. これまでかかった病気や現在治療中の病気についてお伺いします

1. 該当するものに○をつけてください。
高血圧・糖尿病・脂質異常症・狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動・緑内障
脳梗塞・脳出血・慢性硬膜下血腫・ペースメーカー植え込み・人工骨頭置換術
くも膜下出血⇒ (手術 クリッピング・コイル)
その他 _____
手術歴 _____

2. 体に合わないお薬や食べ物はありますか？
いいえ はい (_____)

III. 生活の様子についてお伺いします

1. お酒は飲みますか？いいえ はい (種類 _____ 量 _____)
2. 煙草は吸いますか？いいえ はい (1日 _____ 本)
禁煙した

IV. 診察前の脳CTや打撲部レントゲン写真撮影を希望しますか？

強い頭痛やめまい、吐き気など何らかの症状がある場合は診察前の検査をお勧めします。

(当院では、平成27年4月より、低線量CTを導入しました)

ただし、症状がごく軽い方、妊娠の可能性のある方には必ずしもお勧めしません。

希望する 希望しない