

脳神経内科問診票

(診察の待ち時間短縮のため、未記入のないようお願いします)

お名前 () 年齢 () 歳

体温 () 度 () 分

生来の利き腕 ☐ 右 ☐ 左 握力 右 () kg 左 () kg

記載日 (20) 年 () 月 () 日

記載者 ☐ 本人 ☐ 代理 () 続柄 ()

問 1. いつからどのような症状がありましたか？

問 2. 共通問診票以外で過去の手術歴や治療されたご病気はありますか？

問 3. 現在処方されているお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

※1. マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方を除き記載は省略可です

※2. お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 4. ①食欲は ☐ ある ☐ あまりない ☐ まったくない

②睡眠は ☐ よく眠れる ☐ あまり眠れない ☐ 不眠

③排便 () 日に () 回

④排尿 日中 () 回 就寝中 () 回

問 5. 女性のみ

妊娠している可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい (妊娠 週) ☐ わからない

授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい