



頭痛外来 初診問診票

平成 年 月 日

フリガナ

身長 _____ cm

お名前

様 男 ・ 女

体重 _____ kg

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳

電話番号 () 携帯番号 ()

ご住所 〒

1. 当院や系列のクリニックで健康診断・保険診療を受けたことがある場合は口にチェックをしてください。

当院 第二セントラルクリニック 品川シーサイドクリニック (診察券 なし・あり)

2. いつ頃から・どのような症状がありますか？ 具体的にご記入ください。

☆ 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

医療機関()

投薬・注射(薬剤名)

CT・MR(検査日) CD持参(なし ・ あり)

3. 現在、治療中の病気はありますか？ その他ペースメーカー等があればご記入ください。 なし ・ あり

医療機関() 病名()

投薬・治療内容等()

4. 緑内障・喘息・甲状腺疾患(橋本病・バセドウ病等)と診断されたことがありますか？ なし ・ あり

開放性緑内障 閉塞性緑内障 喘息 甲状腺疾患()

5. 今までに大きな病気にかかったり入院・手術をしたことがありますか？ なし ・ あり

(歳/病名)

(歳/入院・手術)

6. お薬のアレルギーはありますか？ なし ・ あり (薬剤名)

7. 他にアレルギーはありますか？ なし ・ あり (下記に○をしてください)

食べ物()・花粉症・ハウスダスト・ダニ・アトピー・金属・その他()

8. 血縁(2親等以内)に下記の病気の方がいる場合は()内に続柄をご記入ください。

片頭痛() 脳卒中() 高血圧() 心臓病()

糖尿病() 甲状腺() 癌 () 喘息()

アレルギー() その他()

9. 女性の方のみお答えください。

最終月経はいつからですか？ 年 月 日から 日間

妊娠の可能性はありますか？ なし ・ あり (現在妊娠 週)