

頭痛外来初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前	性別	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	(歳)	<input type="checkbox"/> 女性
ご住所 〒	電話番号 (自宅)			
	電話番号 (携帯)			
	メールアドレス			
当院や系列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☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 第二セントラルクリニック <input type="checkbox"/> 品川シーサイドクリニック (診察券：なし・あり)				

該当する項目に☑をつけて記入してください。

頭痛症状に関して お伺いします	いつから	<input type="checkbox"/> 歳頃から	<input type="checkbox"/> 年前から	<input type="checkbox"/> か月前から	<input type="checkbox"/> 最近
	頻度	<input type="checkbox"/> ほぼない	<input type="checkbox"/> 年 回程度	<input type="checkbox"/> 月 回程度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	痛みの 症状	<input type="checkbox"/> ズキンズキンと脈打つ <input type="checkbox"/> 締め付けられる <input type="checkbox"/> 刺されるような <input type="checkbox"/> えぐられるような <input type="checkbox"/> 割れるような <input type="checkbox"/> ガンガンする <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> その他 ()			
頭痛に関連した症状 (頭痛症状がない方含む)	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 首の痛み <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頭鳴 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> その他 ()				

この件で他の医療機関を受診されていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 医療機関 () <input type="checkbox"/> 投薬・注射 (薬剤名：) <input type="checkbox"/> CT・MRI (検査日：) <input type="checkbox"/> CD持参
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 医療機関 () 病名 () 投薬・治療内容 ()
右記疾患と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 開放性緑内障 <input type="checkbox"/> 閉塞性緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 ()
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 甲殻 (エビ・カニ) <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> 食べ物 ()
体内に金属は入っていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他 ()
血縁 (2親等以内) に右記疾患の方はいますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 片頭痛 () <input type="checkbox"/> 脳卒中 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 甲状腺 () <input type="checkbox"/> 喘息 ()
(女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (現在妊娠 週)		
(紹介の方のみ) 紹介者のお名前をご記入ください ()		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報の取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない

ご協力ありがとうございました。