頭痛外来初診問診票

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前	生年月日 性別	□大正　□昭和 □平成　□令和	年　　月　　日 （　　歳）	□男性 □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。

□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）

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	□　歳頃から　□　年前から　□　か月前から　□最近
	頻度	□ほぼない　□年　回程度　□月　回程度　□ほぼ毎日
	痛みの症状	□ズキンズキンと脈打つ　□締め付けられる　□刺されるような □えぐられるような　□割れるような　□ガンガンする　□重い □その他（　　）
頭痛に関連した症状（頭痛症状がない方含む）		□吐き気　□耳鳴り　□めまい　□首の痛み　□肩こり　□頭鳴 □手足のしびれ　□その他（　　）
この件で他の医療機関を受診されていますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 診療科（　　） □投薬→□お薬手帳あり→受付に提出ください □お薬手帳なし→わかる範囲で下記にご記入ください （　　） □CD持参（ MRI ・ CT ）　検査日：　　□紹介状

現在治療中の病気はありますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 診療科（　　）　病名（　　） □投薬→□お薬手帳あり→受付に提出ください □お薬手帳なし→わかる範囲で下記にご記入ください （　　）
右記疾患と診断されたことはありますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 □開放性緑内障　□閉塞性緑内障　□甲状腺疾患（　　） □喘息　□狭心症　□熱性痙攣
アレルギーはありますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 □甲殻（エビ・カニ）　□造影剤 □薬剤（　　）　□食べ物（　　）
体内に金属は入っていますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 □歯科矯正　□ペースメーカー　□人工内耳　□その他（　　）
血縁(2親等以内)に右記疾患の方はいますか？	□なし □あり	※「あり」とお答えの方 □てんかん（　　）　□脳卒中（　　）　□脳梗塞（　　）
（女性の方のみ）妊娠の可能性はありますか？　□なし　□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。

汐留シティセンターセントラルクリニック宛：FAX03-5568-8701