

広南病院 外来問診票

受診日 20 年 月 日
お名前 様

※紹介状をお持ちの方は 2 から ご記入ください

1. 今回の症状についてお伺いします

①いつから どこが どのような症状ですか

[]

②今回の症状で、他の病院・クリニックを受診していますか？

いいえ

はい (病院名 診断名)

③発熱はありますか？

いいえ

はい (°C)

2. これまでにかかった病気や現在治療中の病気について伺います

該当するものに○を付けてください

①高血圧・糖尿病・脂質異常・狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動・緑内障
脳梗塞・脳出血・慢性硬膜下血種・くも膜下出血・その他 ()

②手術やカテーテル治療などで体内に金属は入っていますか？

いいえ

はい (ペースメーカー・ステント・コイル・クリップ・シャントなど)
病名・手術名

③アレルギーはありますか？

いいえ

はい (金属・薬・食物など：)

3. 血縁の方に脳出血・脳梗塞の方はいますか？

いいえ

はい (誰 病名)

4. 診察前に脳のCT撮影を希望しますか？(当院では低線量CTを導入しております。)

頭痛や吐き気など何らかの症状がある場合には診察前の検査をお勧めします。

ただし、症状がごく軽い方や未成年の方(保護者・付き添いの方の同意が必要)、

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