

脊椎脊髄外科問診票

氏名： _____

読み（カタカナ）： _____

性別：○男 ○女

生年月日：○大正 ○昭和 ○平成 _____年 _____月 _____日

年齢：満 _____才

住所：

〒 _____

電話番号： _____

e-mail： _____

既往歴：

1) 今までかかった病気および現在治療中の病気はありますか？

○あり ○なし

ありの方は疾患名，通院中の医療機関，服用中の薬，などについて具体的に答えて下さい。

特に抗血小板剤や抗凝固薬（血液をさらさらにする薬）を服用されている方は忘れずに記入して下さい。

2) 体内にペースメーカーや金属が入っていますか？

○あり ○なし （ありの方は，具体的に記入して下さい。）

3) アレルギーがありますか？または検査や治療に関する制限はありますか？

○あり ○なし

ありの方は，具体的に記入して下さい。

4) 事故やけがをしたことがありますか？

○あり ○なし （ありの方は具体的に記入して下さい。）

5) 手術を受けたことがありますか？

あり なし (ありの方は具体的に記入して下さい。)

現病歴：

1) 現在困っている症状はなんですか？

いつからどのような症状があるか、できるだけ具体的にお答え下さい。

2) 他の医療機関は受診されましたか？

受診されている場合には、医療機関名、診断名、受けた検査や治療について、できるだけ具体的にお答え下さい。

3) 「亀田メディカルセンター 脊椎脊髄外科」の受診に際し期待していることは何ですか？

検査をして欲しい 手術をして欲しい セカンドオピニオン
相談内容を具体的にお答え下さい。

その他ご質問ご希望がありましたらご記入下さい。

診察予約の手順

1) 診療部事務室 チームスパイン担当まで、電話（通常の勤務時間内のみ対応可能です）またはメールにてご連絡下さい。

2) 担当者をご相談内容を伺います。「脊椎脊髄外科 問診票」を参考に必要事項をお答え下さい。（メールまたはファックスでお送りいただいてもかまいません。）

3) 現在までの経過のわかる、診療情報提供書（紹介状）およびMRIなどの画像をお送り下さい。

4) 担当医と相談の上診察日を決定します。

【連絡先】

〒296-8602 千葉県鴨川市東町929

亀田総合病院 診療部事務室 チームスパイン担当 川名千恵

Tel: 04-7092-1230, Fax: 04-7099-1231, E-mail : spine@kameda.jp