

<脳神経外科問診表>

紹介状：あり・なし

フリガナ

ID: _____ 名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男 ・ 女

◆下記の質問の該当する口にチェックして下さい

①今日はどうされましたか？主な症状にチェックをつけて下さい

頭痛 めまい 頭部打撲 意識消失 物忘れ 呂律困難
手足の痺れ 手足の震え 力がはまらない 物が見えにくい 耳鳴り・頭鳴り
その他 (_____)

②それはいつからですか？

今日 (_____ 時頃から) 昨日 (_____ 時頃から) それ以前 (_____ 月 _____ 日頃又は _____ ヶ月前頃)

③今もその症状は続いていますか？

はい いいえ その他 (・週に _____ 回くらい ・月に _____ 何回くらい) よく分からない

④現在、通院している医療機関はありますか？

ない ある (医療機関名: _____ 診療科: _____)

⑤今までにかかった病気はありますか？ ない

高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞)
喘息 緑内障 消化性潰瘍 その他 (_____)

⑥現在、飲んでいる薬はありますか？ (「ある」にチェックをした方はお薬手帳を見せて下さい)

ない ある (_____)

⑦薬のアレルギーはありますか？

ない ある (薬の名前: _____ どのような症状: _____)

⑧今までに手術をしたことがありますか？

ない ある (手術名又は部位: _____ いつ頃: _____)

⑨下記で該当するものはありますか？ 下記に当てはまるものはない

ペースメーカー ステント 脳動脈瘤クリップ 人工弁 人工内耳 補聴器
インプラント 歯列矯正 ブリッジ 磁石を使った義歯 その他 (_____)

⑩両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 (だれが: _____)

⑪現在、過去を含め喫煙歴はありますか？

ない ある (_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳まで _____ 年間)

⑫お酒は飲みますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？

いいえ はい (何を: _____ どのくらいの量: _____ 頻度: _____)

※検査のためにお聞きします。

1. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ わからない
2. 今までにMRの検査を受けたことはありますか？ はい いいえ
3. 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ 妊娠中 わからない 授乳中 いいえ
4. 過去1年以内に健康診断を受けられていますか？ はい いいえ
5. 身長: _____ cm 体重: _____ kg

受付時間

受付担当者