



< 神経内科問診表 >

受付時間 _____ サイン _____

フガナ _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____ 名前 _____ 年齢 _____ 男 女

1) 本日受診される理由となった 主な症状 にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 意識消失	<input type="checkbox"/> 呂律不良
<input type="checkbox"/> 視野異常	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> 力が入らない
<input type="checkbox"/> 歩きにくい	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
※今回の症状はいつからですか？ (_____ 月 _____ 日 何時頃 又は _____ ヶ月前頃)			
※今もその症状は続いていますか？ はい いいえ			
※「はい」の方は状態はいかがですか？ 良くなっている 変わらない 悪くなっている くり返している			
2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？			はい いいえ
「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？			
病院名(_____) 診療科(_____)			
3) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？			はい いいえ
喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障 その他(_____)			
4) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？			はい いいえ
(_____)			
5) 薬の服用、食品などでアレルギー症状がでたことがありますか？			はい いいえ
「はい」の方はどの薬でどのような症状が出ましたか？			
(_____)			
6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？			はい いいえ
「はい」の方はどのような手術をされましたか？			
(_____ 歳)			
7) 両親・兄弟・祖父母・両親の兄弟などに下記の病気、あるいは他の神経障害の方がいますか？			はい いいえ
「はい」の方は○印をつけてください。			
脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 その他(_____)			
8) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？			はい いいえ
(_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 年間)			
9) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？			はい いいえ
何を(_____) どのくらいの量(_____) 頻度(_____)			
10) 検査のためにお聞きします。			
1. 閉所恐怖症ですか？		わからない	はい いいえ
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. 刺青(いれずみ)はありますか？			はい いいえ
4. 体内に人工物が入っていますか？「はい」の方はどの部位に入っていますか？			はい いいえ
心臓ペースメーカー スtent 人工弁 インプラント 矯正 ブリッジ その他骨折でのプレートなど 部位(_____)			
5. 現在、妊娠中ですか？			不明 はい いいえ
6. 現在、授乳中ですか？			はい いいえ
7. 身長 (_____)cm		8. 体重 (_____)kg	
9. 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？			はい いいえ