



日付 年 月 日

# <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(出血：あり・なし)    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 (手帳：あり・なし \_\_\_\_\_ )

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？ 下記に当てはまるものはない

- 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