

＜ 脳神経内科問診票 ＞

フリガナ

受付時間 _____ サイン _____

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 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	