

ID:

＜小児神経内科＞ 問診票

フリガナ

名前: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 受診される理由となった主な症状についてお聞きします

いつから	月	日頃、又は	か月前頃		
どのような症状	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 意識消失	<input type="checkbox"/> けいれん・ひきつけ
	<input type="checkbox"/> 朝起きられない	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 手足の痺れ・震え・力の入りにくさ		
	<input type="checkbox"/> 歩きにくい	<input type="checkbox"/> 夜泣き	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

・その症状は今も続いていますか はい いいえ

2. 既往歴、発達歴についてお聞きします

・現在、治療している病気はありますか

いいえ

はい 病名: _____ 投薬: 有り・無し

・今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

いいえ

はい 病名: _____
 手術の経験あり (病名 又は部位: _____ いつ頃: _____)

・出生児体重 : 【 2500 g以上 ・ 2500 g以下 (_____) g 】

・出生時の異常: 【 なし ・ あり (_____) 】

・これまでに、発育や発達に気になることはありましたか

いいえ

はい (どのようなことですか: _____)

3. 検査のためにお聞きします

・閉所恐怖症ですか はい いいえ

・体内に下記に該当する人工物がありますか

いいえ

はい {

<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ステント	<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 人工弁	<input type="checkbox"/> 人工内耳
<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> ボルト	<input type="checkbox"/> プレート		
<input type="checkbox"/> インプラント	<input type="checkbox"/> 歯列矯正	<input type="checkbox"/> 磁石を使った義歯		
<input type="checkbox"/> その他: _____				

人工物挿入後、MR検査経験済み はい いいえ

4. アレルギーはありますか

いいえ

はい: _____ どのような症状: _____

5. ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか

いいえ

はい: 片頭痛 てんかん 続柄: _____

＜職員記入欄＞ 日付: _____

紹介状: あり・なし

薬手帳: あり・なし

受付: _____