

ID :

<脳神経外科／脳神経内科> 問診票

フリガナ

名前： 年齢： 歳 性別：男・女

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	<input type="checkbox"/> 今日 (時頃)	<input type="checkbox"/> 昨日 (時頃)
	<input type="checkbox"/> それ以前 (月 日 頃、又は か月前 頃)	
どのような症状		

- その症状は今も続いているか はい いいえ
 - その症状で他院の診療や治療を受けましたか はい いいえ
- 病院名： 診断名：

2. 現在、治療中の病気はありますか

 いいえ はい 病名：

投薬： 有り • 無し

3. 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

- | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 肺塞栓 |
| | <input type="checkbox"/> がん： <u>部位</u> | | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症) | | |
| | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 |
| | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 |
| | <input type="checkbox"/> その他： | | | | |

 手術の経験あり 病名 又は部位：

いつ頃：

4. 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はありますか はい いいえ

 いいえ

- | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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

5. 薬や食物等のアレルギーはありますか

 いいえ はい： どんな症状：

6. 生活習慣についてお聞きします

- 飲酒：種類（ ）量（ ）頻度（ ）
- 喫煙：1日（ ）本 （ ）歳～（ ）歳までの（ ）年間

7. 女性の方にお聞きします

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか いいえ 妊娠中または妊娠の可能性 授乳中

<職員記入欄>日付：

頭部打撲出血：あり・なし 紹介状：あり・なし 薬手帳：あり・なし 受付：