

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ますか ☐ 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
☐ はい { ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ 肺塞栓
☐ がん： 部位 ☐ 心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症）
☐ 肝臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 貧血 ☐ リウマチ ☐ 消化性潰瘍
☐ 前立腺肥大 ☐ 高尿酸血症 ☐ 喘息 ☐ 緑内障 ☐ 深部静脈血栓症
☐ 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がありますか
☐ いいえ
☐ はい { ☐ ペースメーカー ☐ スtent ☐ 脳動脈クリップ ☐ 人工弁 ☐ 人工内耳
☐ 人工関節 ☐ ボルト ☐ プレート
☐ インプラント ☐ 歯列矯正 ☐ 磁石を使った義歯
☐ 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：