

＜ 脳神経外科問診表 ＞

受付時間 _____ サイン _____

フリガナ

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**をご記入ください。 【紹介状 あり・なし】【ROM あり・なし】

頭痛 めまい 頭部打撲 意識消失 呂律不良 視野異常 手足のしびれ・力が入らない

.....

.....

※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

受診される傷病の原因は次に該当しますか？ 【 交通事故 仕事・通勤途中 第三者行為 】 ・ 【 該当しない 】

2) 症状に関連する場合がありますので職業の記載をお願いします。

会社員(職種: _____) ・ 専門職(職種: _____) ・ 自営業(職種: _____) ・ 学生・無職

3) 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(_____)

4) 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(_____)

5) 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？ 【薬情報 あり・なし】 はい いいえ

(_____)

6) 薬を服用して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？

(_____)

7) 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)

8) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？ 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

9) 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)

10) 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(_____)

11) 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 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(出産予定日 月 日) 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