

<脳神経外科問診表> ★問診表を提出された時間が受付時間となります。 年 月 日 サイン

ID: \_\_\_\_\_  
フリガナ

来院時間 \_\_\_\_\_ 受付時間 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男 ・ 女 職業または職種 ( \_\_\_\_\_ )

◆下記の質問の該当する口にチェックして下さい。 ※代筆者 ( \_\_\_\_\_ )

①本日受診される主な症状にチェックをつけて下さい。【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 □物忘れ □呂律困難  
□手足の痺れ □手足の震え □力がはまらない □物が見えにくい □耳鳴り・頭鳴り  
□その他 ( \_\_\_\_\_ )  
※受診される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 □該当なし】

②それはいつからですか？  
□今日 ( \_\_\_\_\_ 時頃から) □昨日 ( \_\_\_\_\_ 時頃から) □それ以前 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 又は \_\_\_\_\_ ヶ月前頃)

③今もその症状は続いていますか？  
□はい □いいえ □その他 (・週に \_\_\_\_\_ 回くらい ・月に \_\_\_\_\_ 何回くらい) □よく分からない

④現在、通院している医療機関はありますか？  
□ない □ある (医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療科: \_\_\_\_\_ )

⑤今までにかかった病気はありますか？ □ない  
□高血圧 □糖尿病 □脳梗塞 □脳出血 □心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞)  
□喘息 □緑内障 □消化性潰瘍 □その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑥現在、飲んでいる薬はありますか？ 【薬情報 □あり・□なし】  
□ない □ある ( \_\_\_\_\_ )

⑦薬のアレルギーはありますか？  
□ない □ある (薬の名前: \_\_\_\_\_ どのような症状: \_\_\_\_\_ )

⑧今までに手術をしたことがありますか？  
□ない □ある (手術名又は部位: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_ )

⑨下記で該当するものはありますか？ □下記に当てはまるものはない  
□ペースメーカー □ステント □脳動脈瘤クリップ □人工弁 □人工内耳 □補聴器 □刺青  
□インプラント □歯列矯正 □ブリッジ □磁石を使った義歯 □その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑩両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？  
□脳動脈瘤 □くも膜下出血 □脳梗塞 □脳出血 (だれが: \_\_\_\_\_ )

⑪現在、過去を含め喫煙歴はありますか？  
□ない □ある ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 年間 )

⑫お酒は飲みますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？  
□いいえ □はい (何を: \_\_\_\_\_ どのくらいの量: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )

※検査のためにお聞きします。

1. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ わからない
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. 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ 妊娠中 わからない 授乳中 いいえ
4. 過去1年以内に健康診断を受けられていますか？ はい いいえ
5. 身長：                      cm                      体重：                      kg