

<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