

<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: _____ 来院時間 _____ 受付時間 _____

フリガナ

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。 ※代筆者ご関係 (_____)

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 □力がはいらぬ □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 □脂質異常症 □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： _____ どんな症状： _____)

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