

<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

受診歴：北原RDクリニック・北原ライフサポートクリニック・北原リハビリテーション病院

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 新型コロナウイルス(いつ 月 日)

- 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？ 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？ いない

- 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