

＜脳神経外科問診表＞

2025年 月 日 サイン

ID : _____

フリガナ

受付時間 :

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□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 □該当無】

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 年 月)

- 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 縁内障 消化性潰瘍 その他 ()

⑥現在、飲んでいる薬はありますか？ 【□薬手帳あり □マイナンバーのみ □アプリのみ □薬情報なし】

- ない ある ()

⑦アレルギーはありますか？ 薬品・食品・金属・動物などの種類と症状を詳しくご記入ください

- ない ある ()

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 人工関節
リブレ 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 (MRI・A) 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

●現在、どちらかの施設に入所中ですか？ ⇒（ はい ・ いいえ ）

⇒「はい」の方は施設名の記入をお願い致します。 【施設名】

●本日はどのような交通手段でいらっしゃいましたか？下記に○囲みをして下さい。

【自家用車 / タクシー / バス / 電車 / 徒歩 / 自転車 / その他（ ）】

●当院への受診が初めての方にお聞きします。当院はどちらで知りましたか？下記に○囲みをして下さい。

家族の紹介 / 看板を見た / 知人の紹介 / 近所に住んでいる / タウンページ / インターネット

他院の紹介（ ） その他（ ）

※紹介状を持参している方は受付のスタッフに必ず提出をお願い致します。