

脳神経外科問診表

診療日 年 月 日

【お名前】 _____ 【性別】 男・女 _____ 【職業】 _____

【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 (歳) 【きき手】 右・左 _____

《あてはまるところにレ点をつけてください。》

1, どのような症状ですか？

- 頭が痛い (おもい) 首が痛い (おもい) はき気がする (吐いた) めまいがする
 肩がこる (右・左) 手足が動きにくい・しびれている けいれんした
 言葉をしゃべりにくい 物忘れする その他 ()

2, 症状は、いつからどのように始まりましたか？

- 今日 昨日 2日前 3日前 1週間前 2週間前 1ヶ月前
 突然起こった だんだん起こってきた

3, 症状は、変化していますか？

- 変わらない 悪くなっている

4, 今回の症状について、ほかの病院 (医院・診療所) を受診しましたか？

- 受診していない
 受診した… _____ 病院 (医院・診療所) 病名…
薬を 飲んでる 飲んでいない

5, 現在、他の病院 (医院・診療所) で治療を受けていますか？

- 病院 (医院・診療所) … _____ 病名…
 薬を飲んでる (おくすり手帳を見せてください) 飲んでいない

6, いままでにかかった病気をおしえてください。

- 高血圧症 高脂血症 糖尿病 脳こうそく 心臓の病気 ぜんそく
 骨折 その他 ()

7, いままでに入院や手術をしたことがありますか？ あり・なし

『あり』の方は、いつ頃どのような病気で入院や手術をしましたか？

8, おくすりや食べ物などのアレルギーはありますか？ なし・あり []

9, 生活習慣について

【お酒】 飲む 1日 _____ 杯 飲まない / 【タバコ】 吸う 1日 _____ 本 吸わない

10, 女性の方にお伺いします。 妊娠の可能性 あり・なし 『あり』の方⇒妊娠週数 _____ 週