

脳神経外科問診票

紹介状 あり・なし ROM あり・なし

フリガナ 氏名 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 男・女

住所 (〒 _____) 電話 _____

①：交通事故のケガですか？ はい ・ いいえ 携帯 _____

②：工作中的ケガですか？ はい ・ いいえ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

③：通勤途中のケガですか？ はい ・ いいえ

※ ②と③に該当する場合 (会社名 _____ 電話 _____)

I： いつ頃から、どのような症状がありますか？ _____ 頃から

A 頭痛

1. どのような痛みですか？

・拍動するよう (ズキン・ズキン)・締め付けられるよう・頭が重い

・吐き気がある または 嘔吐する・痛い場所 (_____)

2. 頭痛の継続時間は？：瞬時的・数分間・数時間・数日・数日以上

3. 頭痛の頻度は？：月に数回・週に数回・ほぼ毎日

4. 頭痛薬は服用されていますか？ない・ある「薬品名 _____」

B めまい

1. どのようなめまいですか？

・回転性 (天井や壁が回る)・浮遊感 (ふわふわと浮く感じ)・吐き気あり

・嘔吐する

2. どんな時に？：起床時・振り向いたり、頭を動かしたり・じっとして

3. めまいの持続時間は？：瞬時的・数分間・数時間・数日・数日以上

C 手足がしびれる、または動きが悪い所はどこですか？

(例. 右腕、右足など) _____

D 物忘れ

・人の名前が出てこない・同じことを何度も質問する・外出して帰宅できない

・お金の管理ができない・火の不始末・性格が変わった・ふさぎ込みがち

E その他

II： 今までにかかった病気はありますか？

(高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患・肝臓病・腎臓病・その他)

III： 手術を受けたことがありますか？：ない・ある「手術名・部位 _____」

IV： 現在、服薬している薬はありますか？：ない・ある「薬品名 _____」

V： 薬や食べ物で、アレルギーが出たことがありますか？：ない・ある「 _____」

VI： たばこは吸いますか？：はい・いいえ

VII： 女性の方へ 妊娠している可能性がありますか？：はい・いいえ

VIII： 下記の中で該当するものがありますか？：はい・いいえ (○で囲んで下さい)

・ペースメーカ装着・人工内耳装着・脳動脈瘤クリッピング術後・避妊リング

・刺青 (眉毛、アイラインも含む) その他の体内金属・コンタクトレンズ・補聴器

・マグネット式インプラント・てんかん、痙攣の既往・喘息の既往

※当院を何で知りましたか？ (インターネット・知人の紹介・看板広告・雑誌)

ご協力ありがとうございました。この問診票の個人情報厳正に保管されます。