

# 脳神経外科問診票

紹介状 あり・なし ROM あり・なし

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 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  
( 警察用診断書 要・不要 ) 携帯 \_\_\_\_\_  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

②: 工作中的ケガですか? はい・いいえ

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 \_\_\_\_\_)

◆ 現在の介護度を教えてください。(未申請・申請中・自立: 要支援 I・II、要介護 I・II・III・IV・V)

## A 頭痛

いつ頃から、どのような症状がありますか? \_\_\_\_\_ 頃から

- どのような痛みですか?  
・拍動する感じ (ズキン・ズキン)・締め付けられる感じ・頭が重い感じ  
・吐き気がある 又は 嘔吐する・痛い場所 ( \_\_\_\_\_ )
- 頭痛の継続時間は? 瞬時的・数分間・数時間・数日・数日以上
- 頭痛の頻度は? 月に数回・週に数回・ほぼ毎日
- 頭痛薬は服用されていますか? ない・ある「薬品名 \_\_\_\_\_」

## B めまい

- どのようなめまいの症状ですか?  
・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
- どんな時に? (起床時・振り向いたり、頭を動かしたり・じっとしていて)
- 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 上記以外の症状がある方は、下記に詳しくご記入ください。

\_\_\_\_\_

- ◆ 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)
- ◆ 手術を受けたことがありますか? : ない・ある「手術名・部位 \_\_\_\_\_」
- ◆ 現在、服薬している薬はありますか? : ない・ある「薬品名 \_\_\_\_\_」
- ◆ 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「 \_\_\_\_\_」
- ◆ たばこは吸いますか? : はい・いいえ
- ◆ 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
- ◆ 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

ご協力ありがとうございました。この問診票の個人情報は厳正に保管されます。