

脳神経外科 問診票

平成 年 月 日

氏名	(歳) 男・女	身長	. cm
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	体重	. kg
職業			

<p>本日受診する症状・原因は何ですか。</p> <p>(今一番心配な症状は何ですか。)</p>	<p>頭を打った [交通事故・転倒・転落・殴られた・他]</p> <p>頭痛・頭が重い・めまい・手足のしびれ・麻痺</p> <p>言葉がしゃべりにくい・歩きにくい・眼が見えにくい</p> <p>耳鳴り・耳が聞こえにくい・もの忘れがある・ふらつく</p> <p>けいれんをおこした・意識がなくなった</p> <p>顔面の [痛み・けいれん] ・他 ()</p>
それはいつからですか。	今日 (時頃) ・ (日・週 月・年) 前 ・ 不明
今までにかかったことや言われたことのある病気やケガはありますか。	高血圧・糖尿病・心臓病・不整脈・高脂血症 肝臓病・肺結核・痛風・胃十二指腸潰瘍 ぜんそく・外傷・その他 ()
今までに入院したり手術を受けたことはありますか。	ない (病名 _____ 病院 _____) ある → (病名 _____ 病院 _____)
現在、内服中の薬はありますか。	ない (_____) ある → (_____)
薬や食べ物で発疹・かゆみ、気分不良等のアレルギーが起こったことはありますか。	ない (_____) ある → (_____)
血縁・近親者の方の中で脳卒中・高血圧・糖尿病・喘息・結核・癌・肝臓病等病気の方がおられますか。	いない (誰が _____ 何に _____) いる → (誰が _____ 何に _____)
飲酒の状況	飲まない・飲む (酒 合 / 日、ビール 本 / 日) ビール 1 缶 350ml 日本酒 1 合 180ml
喫煙の状況	吸わない・吸う (本 / 日) ・ やめた (約 年・月 週・日) 前
女性の方に お尋ねします。	(現在) 妊娠中・授乳中・生理中 ----- 生理 (順調・不順) 閉経 歳
その他、治療に関するご要望やご質問があればご記入ください。	