

脳神経外科外来を受診される方へ

下の枠内にご記入いただき、受付にご提出ください。



				記入日	令和	年	月	日
(フリガナ)					性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
氏名					年齢	歳		
身長	cm	体重	kg	職業				

いつからですか	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () から <input type="checkbox"/> 分からない	
どんな症状ですか	
<input type="checkbox"/> 頭を打った(切った) <input type="checkbox"/> 頭痛(どのあたり:) <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> ろれつが回らない(しゃべりにくい) <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 目が見えにくい(かすむ) <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 意識がなくなった <input type="checkbox"/> 顔面の痛み <input type="checkbox"/> 顔面のけいれん <input type="checkbox"/> まぶたのけいれん <input type="checkbox"/> その他()	
めまいはありますか	
<input type="checkbox"/> ある↓ <input type="checkbox"/> ない(次の項目へお進みください) <input type="checkbox"/> . どんなとき(<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 振り向いたとき <input type="checkbox"/> 頭を動かしたとき <input type="checkbox"/> 起立時 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> . どれくらいの時間(<input type="checkbox"/> 瞬間的 <input type="checkbox"/> 数分間 <input type="checkbox"/> 数時間 <input type="checkbox"/> その日1日 <input type="checkbox"/> 数日間)	
原因はわかっていますか	
<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒(転落) <input type="checkbox"/> 工作中的の事故 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 分からない	
今までにかかった、または治療中の病気はありますか(<input type="checkbox"/> : ご自身 <input type="checkbox"/> : 近親者)	
<input type="checkbox"/> ○高血圧 <input type="checkbox"/> ○糖尿病 <input type="checkbox"/> ○心臓病 <input type="checkbox"/> ○不整脈 <input type="checkbox"/> ○高脂血症 <input type="checkbox"/> ○肝臓病 <input type="checkbox"/> ○肺結核 <input type="checkbox"/> ○痛風 <input type="checkbox"/> ○胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> ○ぜんそく <input type="checkbox"/> ○腎臓病 <input type="checkbox"/> ○脳卒中 <input type="checkbox"/> ○脳梗塞 <input type="checkbox"/> ○脳腫瘍	
今までに同じ症状になったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上)
現在、内服中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
今までに手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
たばこは吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/日)
アルコールは飲みますか(カッコ内は量)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
介護保険証はお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(介護度:)
身体障害者手帳はお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(級)
女性の方へ	妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 授乳していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他気になることや、治療へのご要望、ご質問があればご記入ください	