

脳神経外科・脳神経内科問診票

記入日: 年 月 日
身長: cm 体重: kg
体温: 職業:

1. 本日はどうなさいましたか？下記の症状に○をつけてください。

- ・頭をうった
- ・頭痛
- ・嘔気
- ・言葉が話しにくい
- ・手足が動きにくい(右 ・ 左)
- ・耳が聞こえない(右 ・ 左)
- ・目が見えづらい(右 ・ 左)
- ・めまい
- ・物忘れ
- ・その他()
- ・頭が重い
- ・嘔吐
- ・ろれつが回らない
- ・しびれ

2. これらの症状はいつからどのように始まりましたか

年 月 日から(突然起こった ・ だんだん起こってきた)
現在この症状は(変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている)
紹介医からはどのように言われましたか
()

3. 現在、治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方 病名()
病院・医院名()
薬を(飲んでいない ・ 飲んでいる : お薬手帳持参 ・ 紹介状)

4. 今までにかかった病気があればお書きください

発症年齢	病名	治療経過(手術・飲み薬など)

5. 血縁の方で高血圧・糖尿病・がん・脳卒中・神経疾患にかかった方はいますか (はい ・ いいえ)

はいの方 父・母・兄弟・その他 ()
病名 ()

6. アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

はいの方 薬・食べ物名 ()

7. 嗜好品についてお答えください

お酒: 飲まない ・ 飲む (種類: ml 週 回)
たばこ: 吸わない ・ 吸う (本/1日 歳から 歳まで)

8. 女性の方のみ 妊娠している可能性はありますか (はい ・ いいえ)