

脳神経外科外来問診表

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(記入された方は、お手数ですが、外科外来のブザーを押して下さい。)

(受診日) 平成 年 月 日

氏名 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 才

職業 利き手 (右・左)

1. どのような症状のために受診されますか。また、右図の部位に○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1) 頭、首を打った(部位) | 8) しびれ(手・足)(右・左) |
| 2) 頭痛、頭が重い | 9) 目が見えづらい |
| 3) 首が重い、肩こり | 10) めまい |
| 4) 吐き気、嘔吐 | 11) 物忘れ、イライラする |
| 5) けいれん | 12) 尿失禁・便失禁 |
| 6) 言葉をしゃべりにくい、ろれつがまわらない | 13) その他 |
| 7) 手足が動きにくい(右・左) | [] |



a. 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 頃より (突然起こった ・ だんだん起こってきた)

b. これらの症状は、どのように変化してきていますか。

(変わらない ・ 悪くなっている ・ よくなっている)

c. これらの症状について他の病院・医院にかかりましたか。

1) かからない

2) かった 病院・医院名 ()
病名 ()
薬を (飲んでいる・飲んでいない)

2. 現在、ほかの病気で治療を受けていますか。(はい・いいえ)

「はい」の方… 病名 () 病院・医院名 ()
薬を (飲んでいる・飲んでいない) 薬名 ()

3. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃ですか。

| | |
|---------|---------|
| いつ頃 | いつ頃 |
| 高血圧 () | 糖尿病 () |
| 喘息 () | その他 () |

4. 今までに入院したり、手術を受けたり、長く治療を受けたことはありますか。

(はい・いいえ)

「はい」の方… () 才頃、病名 ()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方… わかれば薬・食べ物の名前 ()
()

6. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか? なし・あり (国名)

7. 嗜好品についてお答えください。

酒 (1日) ・ たばこ (1日 本)

8. レントゲンをとることがありますが、妊娠の可能性はありますか。(女性の方のみ)

(はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、呼びいたしますので、もう少々お待ちください。

