

脳神経外科問診票

フリガナ

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 携帯番号 _____
住所 _____ 電話番号 _____

*あてはまるものを○で囲み、_____欄には記入してください 身長 _____ cm

I いつから、どのように症状がありますか? 体重 _____ kg

① いつからですか?
_____②症状のあるところはどこですか?

③その症状はどのようなでしたか?

ズキズキする ・ しめつけられる ・ 割れる様に痛い ・ しびれる ・ めまいがする

重苦しい ・ 気持ちが悪い ・ 嘔吐した

その他 _____

④現在は、どの位の症状になっていますか?
_____II 症状の原因で、思い当たる事があれば書いて下さい

III この為に今まで治療を受けられましたか?

①治療している ②治療していない

IV 今まで大きな病気や、手術をしたことがありますか? ①ある ②ない

高血圧・糖尿病 (測定器の装着 有・無)・喘息・結核・胃潰瘍・脳梗塞・心筋梗塞・緑内障・

ペースメーカーを挿入している・補聴器・人工内耳・人工中耳・義歯・インプラント・ブリッジ・

矯正 (治療中・終了)・入れ墨・アートメイク

その他 _____

V 現在飲まれている薬があれば書いて下さい
_____VI 注射、薬、食べ物でアレルギーが出たことがありますか?

VII 親族 (血縁) の方で大きな病気をしたことがあるかたはいますか?

クモ膜下出血・脳腫瘍・脳動脈瘤・脳出血・脳梗塞・てんかん・パーキンソン病・その他 _____

VIII 現在、妊娠 _____ している _____ していない _____