

脳神経外科 問診票

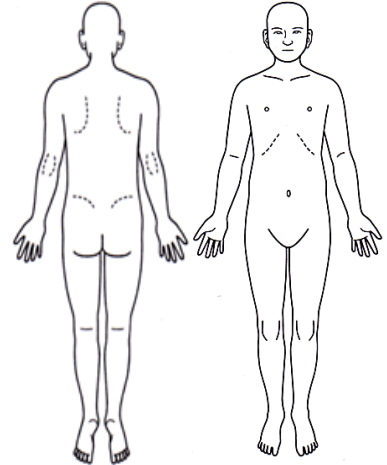
記入日： 年 月 日

ふりがな				年 齢	性 別	職 業
氏 名				才	男 ・ 女	
身 長	cm	体 重	kg	体 温	°C	

下記の事項に記入、またはあてはまるものを○で囲んでください。

① どのような症状で受診されますか

- ・頭痛 ・めまい ・ふらつき ・しびれ()
- ・手に力が入らない(右・左) ・足に力が入らない(右・左)
- ・頭を打った なにで?
- ・その他()



② それはいつ頃からですか _____

③ 食欲はありますか (はい ・ いいえ)

④ 睡眠はとれていますか (普通 ・ 眠れない)(_____ 時間)

便通は (1日 _____ 回) (_____ 日 _____ 回) 排尿は (1日 _____ 回)

⑤ 今までに次の病気にかかったことがありますか

いいえ ・ はい 脳卒中 脳梗塞 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病
 ぜんそく 高脂血症 虫垂炎 胃潰瘍 がん 結核
 その他の疾患 (病名 _____)

⑥ 現在は他の病院にかかっていますか いいえ ・ はい (病院名 _____)

現在お薬を飲んでいますか いいえ ・ はい (薬名 _____)

*お薬手帳をお出しください

⑦ ご家族に病気の方はいますか いいえ ・ はい (誰が _____)(病名 _____)

⑧ アレルギーを起こしたことがありますか いいえ ・ はい (食物 ・ 薬品 ・ その他 _____)

⑨ お酒 飲まない ・ 飲む _____ 本/日

たばこ 吸わない 禁煙後 _____ 年 吸う _____ 本/日

⑩ 1ヵ月以内に海外に行かれましたか いいえ ・ はい (本人 ・ 家族) どちらに

⑪ 女性の方にお聞きします

前回の生理の期間は (年 月 日 ~ 年 月 日) 閉経(_____ 才頃)

現在、妊娠中ですか _____ はい _____ 週目 ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中である

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません

阪南市民病院 脳神経外科