

脳神経外科問診用紙

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 男・女 (身長 _____ cm 体重 _____ Kg)

◎どのような症状で来院されましたか？

- ・頭痛 ・頭をぶつけた ・めまい ・フラツキ ・手足(右、左)の(しびれ、動きが悪い) ・歩きにくい
- ・まっすぐ歩けない ・耳鳴り ・首筋が痛む ・聞こえにくい ・ものが見えにくい ・その他

[_____]

◎いつからどのくらいの間

[_____]

◎症状の変化はありますか？ある方は詳しく書いて下さい

[_____]

◎この症状で他院を受診されたことはありますか？そこでの診断と治療内容を教えてください

- ・ない
- ・ある

[_____]

◎その他に現在、通院・他科に受診中・内服治療中ですか？その他にしばしば常用する薬はありますか？

- ・ない
- ・ある

[_____]

◎今までにかかった病気はありますか？

- 特にない 結核 糖尿病 高血圧 脳梗塞 脳出血 耳鼻科疾患 その他

◎今までに注射薬・内服薬・造影剤・食べ物などでアレルギー反応(湿疹・発熱など)を示したことがありますか？

- ・ない
- ・ある

[_____]

◎血縁の方で脳梗塞・高血圧(心疾患)・糖尿病・珍しい病気などの診断を受けた方や治療を受けていらっしゃいますか

- ・ない
- ・ある

[_____]

◎以前に当院の脳神経外科を受診したことはありますか？

ない あり(_____ 年 _____ 月頃 疾患名: _____)

◎3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？

- はい いいえ

「はい」の方………渡航した国(都市まで記入)
 渡航期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

◎現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？

ない あり(妊娠 _____ ヶ月)

◎CT・MRI画像のご希望はありますか？ CT ・ MRI ・ 医師に相談してから決める

(但し、予約状況によってはご希望に添えない事もある為ご了承下さい)