# 脳神経外科　問診票

来院日：令和　　年　　月　　日

ID：

| 氏　名 | | 年齢 | 歳 | 男<br>女 | 身長 | cm | 体重 | kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

**◇マイナ保険証による診療情報取得に同意**

□ する　　□ しない　　□ 持っていない

**◎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　　□ ふらつき

□ 歩きにくい　　□ まっすぐ歩けない　　□ 手足〔 右 ・ 左 〕の〔 しびれ ・ 動きが悪い 〕

□ 首筋が痛む　　□ ものが見えにくい　　□ 耳鳴り　　□ 聞こえにくい

□ その他〔　　〕

**◎いつからどのくらいの間**

＿＿＿月＿＿＿日から　　＿＿＿週間前から　　＿＿＿ヶ月前から

**◎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下さい**

□ ない　　□ ある　　診断名〔　　〕

治療内容〔　　〕

**◎現在、内服治療中ですか？他にもしばしば常用する薬があればご記入ください**

□ いいえ　　□ はい　　→お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示ください。

〔　　〕

**◎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〔　　〕

**◎今までに薬、造影剤、食べ物などでアレルギー反応（湿疹・発熱等）を示したことがありますか？**

□ ない　　□ ある　　薬〔　　〕

造影剤〔 ＣＴ ・ ＭＲＩ ・その他 〕

食べ物〔　　〕

**◎血縁の方で脳梗塞・高血圧（心疾患）・糖尿病・珍しい病気等の診断や治療を受けた方はいますか**

□ いない　　□ いる　　疾患名〔　　〕

**◎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　　□ ある〔　　年　　月ごろ　疾患名⇒　　〕

**◎２週間以内の海外渡航歴はありますか？**

□ いいえ　　□ はい（　　）

**◎現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？**

□ ない　　□ ある〔妊娠　　ヶ月〕

**◎CT・MRI画像のご希望はありますか？**

（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）

□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ 医師に相談してから決める