

# 脳神経外科問診票

		記入年月日	年	月	日
患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1. いつ頃からどのような症状がありますか。(できるだけ詳しく)

---



---



---

2. 検査をご希望されますか。 【はい・いいえ】

3. 打撲箇所はどちらですか。 【右・左・打撲していない】

4. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。(該当するものに○をつけてください)

高脂血症・ぜんそく・アレルギー疾患・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病  
胃潰瘍・糖尿病・肺結核・脳卒中(脳出血・脳梗塞)

5. 上記以外に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： \_\_\_\_\_】  
【手術名： \_\_\_\_\_】

6. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： \_\_\_\_\_】  
【薬品名： \_\_\_\_\_】

◆本日、お薬手帳はお持ちですか 【持っている・持っていない】

7. 今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【 \_\_\_\_\_ 歳頃】 【薬品・食品名： \_\_\_\_\_】

8. 血の繋がっている方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか。

(該当するものに○をつけてください)

高血圧・くも膜下出血・糖尿病・心臓病・精神病・がん・アレルギー疾患  
いない・不明

9. 日常の排泄について教えてください。

排便 【 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回】

排尿 【 \_\_\_\_\_ 1日に \_\_\_\_\_ 回】

10. 嗜好品について教えてください。

たばこ 【吸う… \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳から・禁煙中… \_\_\_\_\_ 年間・吸わない】

お酒 【毎日飲む・時々飲む \_\_\_\_\_ 回/月・飲まない】

11. 女性の方のみ教えてください。

◆現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】 ◆現在授乳中ですか 【はい・いいえ】

12. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【渡航先： \_\_\_\_\_】  
【渡航期間： \_\_\_\_\_】