

※ 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。

脳神経外科問診票

★ 血圧を測って用紙を提出してください★

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)

月 日 時頃

頭痛 (あり・なし)
嘔気 (あり・なし)
めまい (あり・なし)
しびれ (あり・なし)

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】

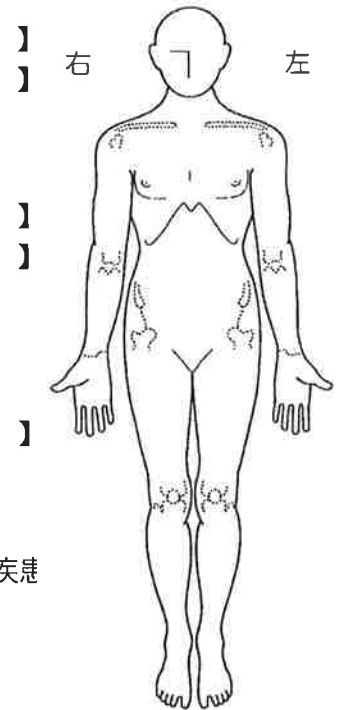
4. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。(該当するものに○をつけてください)

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。 ◆下記の図の部位に印をつけて下さい。

【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： 】