

脳神経外科 問診票

お名前	フリガナ	性別	年齢	身長	体重
		男・女	歳	cm	kg

1 今日はどうされましたか？

- どのような症状ですか？

<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> ろれつがまわらない <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
--

- いつからですか？

--

- 熱はありますか？ (はい _____℃ ・ いいえ)

- 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

--

2 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？ (なし ・ あり) ありの場合は下の項目に○をつけてください。
(心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他 (_____))

- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？ (なし ・ あり)

① 病名： _____ いつ頃： _____ 治療内容： _____

② 病名： _____ いつ頃： _____ 治療内容： _____

- 現在処方されているお薬はありますか？ (なし ・ あり)

- お薬手帳の持参 (なし ・ あり)

お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

--

3 アレルギーはありますか？ (なし ・ あり)

- 食べ物： _____ ・ 薬： _____ ・ その他： _____

4 喫煙していますか？ (いいえ ・ はい)

- _____ 本/日 ・ 喫煙歴 _____ 年

5 お酒は飲みますか？ (いいえ ・ はい)

- (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) を 1日あたり _____ ぐらい

6 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)

○ 妊娠 _____ ヶ月

- 授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)