

脳神経外科問診表

平成 年 月 日

診察の参考にさせていただきますので、以下の該当する項目にご記入お願いいたします。

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 _____ ご年齢 _____ 歳

1、本日、受診を希望される理由をお聞かせください。

いつ頃からですか？ (_____)

あてはまる症状に○をつけてください。

頭を打った 頭痛 頭が重い 肩こり けいれん 吐き気・嘔吐

言葉をしゃべりにくい ろれつがまわらない 手足のしびれ

めまい 物忘れ その他 (_____)

2、他の病院でもらっている薬がありますか？ はい ・ いいえ

お薬手帳をお持ちですか？

はい ・ いいえ

「いいえ」の方はお薬の名前をご記入ください (_____)

3、今までにかかった病気があれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息

脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 その他 (_____)

4、これまでの入院・手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

・ 年 : _____)

・ 年 : _____)

・ 年 : _____)

5、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい ・ いいえ

(薬 : _____)

(食べ物 : _____)

(その他 : _____)

6、女性の方のみお答えください。

* 妊娠中ですか (はい：妊娠 _____ 週・いいえ) * 授乳中ですか (はい・いいえ)

患者様取り違え防止のため、お呼び出しをフルネームで行なっています。

ご都合の悪い場合はお申し出ください。