

脳神経外科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。		
2) 現在どのような状態(症状)がありますか？ <input type="checkbox"/> 頭痛 (部位 : <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後ろ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 目の奥 <input type="checkbox"/> 顔面部) (痛み方 : <input type="checkbox"/> ズキンズキン <input type="checkbox"/> キリキリ <input type="checkbox"/> 何かがかぶさった痛み <input type="checkbox"/> 割れそうに痛い) <input type="checkbox"/> 手足がしびれる <input type="checkbox"/> 力が入りにくい <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 吐き気がある <input type="checkbox"/> 天井が回るようなめまいがある <input type="checkbox"/> ふわふわする、頭が吸い込まれるような気がする <input type="checkbox"/> 物がだぶって見える <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> ひきつけを起こした <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
3) 現在服用しているお薬		<input type="checkbox"/> なし
4) 今までにかかった病気、かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> コレステロールが高い <input type="checkbox"/> タバコを吸う <input type="checkbox"/> 頭の事故 <input type="checkbox"/> 大きな手術 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
5) 精密検査を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 必要があれば		
6) 女性の方のみご記入下さい。 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名 : _____ 帰国日 : _____) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名 : _____) <input type="checkbox"/> いいえ		

ID : _____

問診入力者 : _____