

たかだ脳神経外科クリニック 問診票

(ID _____)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____

生年

月日 _____

大・昭・平 _____

年 _____

月 _____

日 _____

年齢 _____

歳 _____

男・女 _____

住所 _____

電話番号

自宅 _____

身長 _____

cm

体重 _____

kg

携帯 _____

1 いつ頃から、どのような症状がありますか？ _____ 頃から

ア) 頭痛

①どのような痛みかたですか？

・拍動性（スキズキン） ・締め付けられる ・頭が重い ・吐気、嘔吐あり

②どこが痛みますか？

・前側 ・後ろ側 ・こめかみ ・その他

③頭痛の長さは？

・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日 ・それ以上

④頭痛の頻度は？

・月に数回 ・週に数回 ・ほぼ毎日

⑤頭痛薬は飲んでいますか？

・飲んでない ・飲んでいる（薬品名： _____

効き目は？ ある ・ ない）

イ) めまい

①どのようなめまいですか？ ・天井や壁が回る ・ふわふわ浮くような

②どんなときに？

・起き上がったとき ・振り向いたり、頭を動かしたとき ・立ち上がったとき

・じっとしていて

③持続時間は？

・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日

ウ) 手足のしびれ、力が入らない

①どの位の時間ですか？ ・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日

エ) 首の痛み、腰痛

オ) 歩きにくい

カ) 物忘れ

・人の名前が出てこない ・同じ事を何度も質問する

キ) 頭部打撲

①いつ頃ですか？（ _____ ）

②どのようにぶつきましたか？

・転んだとき ・気を失って ・よくわからない ・その他（ _____ ）

ク) その他（ _____ ）

2 今までにかかった病気はありますか？ _____

高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患・腎臓病・ぜんそく

かかりつけ医はありますか？ _____

3 手術を受けたことがありますか？ ない・ある（手術歴 _____）

4 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある（薬品名 _____）

お薬手帳ありましたら、記載せず受付に一緒にお出してください。

5 喫煙しますか？ しない・する（1日の本数は？ _____ 本）

6 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

・ホームページを見て ・看板を見て ・知人の紹介 ・他院の紹介 ・その他（ _____ ）