

脳神経外科問診票

年 月 日

ふりがな 患者氏名		生年月日：明 大 昭 平 年 月 日生	
		年齢： 歳 性別：男 女	
職業：		利き手： 右 左	
連絡先	①氏名	続柄 TEL	
	②緊急連絡先	TEL	
身長	cm	体重	kg
		タバコ(十 ー)	
アレルギーの有無		食物	薬 其他
今まで大きな病気をされたことがありますか			
何歳ごろでどんな病気でしたか 歳頃 病名		今まで手術をされたことがありますか 歳頃 手術名	
現在何か薬を飲んでいますか			
市販薬		他院の内服薬 () 病院	

1. 現在どのような症状がありますか (何日からどんな症状か)
() 頃から、 ()
2. 程度は？ 少し まあまあひどい ひどい ()
3. どの様に始まりましたか？ 突然 すこしずつ徐々に
4. 始まりから現在までどんな経過ですか？
変わらず 良くなっている 悪くなった 良くなったり悪くなったり繰り返す
5. どこかで治療を受けましたか？
はい (いつ頃) どこで ()
いいえ
6. これまでにつぎの病気に診断されたことはありますか？
高血圧 糖尿病 コレステロールが高い 脳外科の病気 ()
耳鼻科の病気 () 眼科の病気 ()
その他 ()
7. 血のつながった方に頭の病気の方がいますか？
はい 続柄 () 病名 (脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳腫瘍)
いいえ
8. 女性のかたに質問します。最終月経をお答えください。(始まった日)
平成 年 月 日
妊娠の可能性： 有り 無し

*その他、何か気になることがありましたら自由にお書き下さい。