

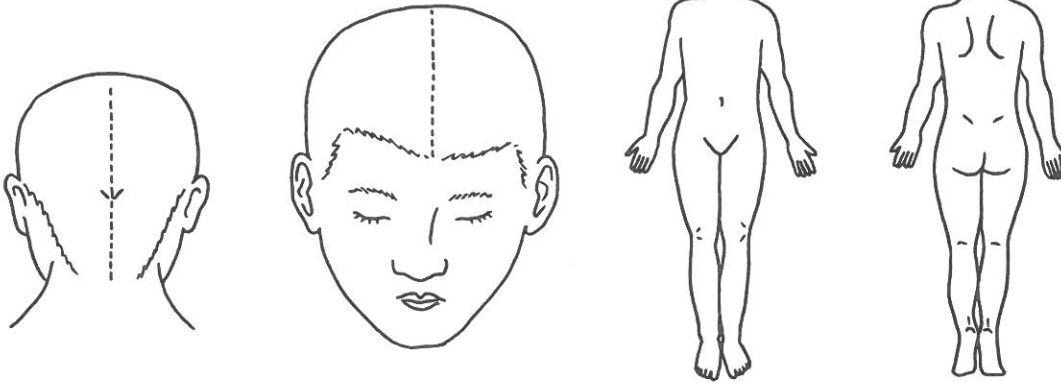
# 神経内科問診表

平成 年 月 日 氏名 性別： 男・女

年齢： 職業：

1) どの具合が悪いですか？

右の絵に○印をつけて下さい。



2) どのような症状がありますか？ (○で囲んで下さい。)

動きが悪い ・ しびれ ・ 痛み ・ 感覚が鈍い ・ 物忘れ ・ 話づらい  
めまい ・ ふらつき ・ 視力障害 ・ けいれん ・ ふるえる ・ 手足が勝手に動く  
ものが飲み込みにくい ・ 歩きにくい ・ その他 ( )

3) いつ頃から症状がありますか？

年 月 日から, 日前から, ヶ月前から, 年前から

4) どのように症状がでてきましたか？ (○で囲んで下さい。)

突然に ・ 徐々に ・ 発作性に  
周期的に (どのくらいの周期ですか？ )  
お気づきの原因もしくは、誘因はありますか？ \_\_\_\_\_

5) その後の経過はいかがですか？ (○で囲んで下さい。)

回復 ・ 改善傾向 ・ 増悪 ・ かわらない ・ 繰り返す

6) ご家族のなかに脳や神経のご病気の方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ ( )

7) 今までに大きな病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

(はいと答えた方は、○で囲んで下さい。)

高血圧・糖尿病・高脂血症・頭部外傷・その他 ( :歳時)  
手術：有 ( ) ・無 心臓ペースメーカー：有・無

8) 今までに薬や食物でアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

9) アルコールやタバコはされますか？

アルコール はい ( ) 合・本・杯/日 いいえ  
タバコ はい ( ) 本/日 いいえ