

< 北原脳神経外科病院 脳神経外科問診表 >

受付時間 ID: _____
サイン _____

お名前 _____ ご年齢 _____ 性別 男 ・ 女

1) 今回の症状を下から選んで をつけてください。また、その症状はいつからですか？(月 日 何時頃)	
・頭を打った、けがをした ・頭が痛い、重い感じがする ・めまいがする ・意識を失った ・ろれつが回らない ・手足に力が入らない・痺れる・震える ・顔が動かない・びくつく ・物が二重に見える・視野が狭くなった ・その他 ()	
今もその症状は続いていますか？	はい いいえ
2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？	はい いいえ
「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？ 病院名() 診療科()	
3) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？	はい いいえ
喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障 その他()	
4) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？	はい いいえ
()	
5) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？	はい いいえ
「はい」の方はどの薬でどのような症状が出ましたか？ ()	
6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？	はい いいえ
「はい」の方はどのような手術をされましたか？ (歳)	
7) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？	はい いいえ
「はい」の方は 印をつけてください。 脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血	
8) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？	はい いいえ
(本/日 歳 ~ 歳 年間)	
9) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？	はい いいえ
何を() どのくらいの量() 頻度()	
10) 検査のためにお聞きします。	
1. 閉所恐怖症ですか？	わからない はい いいえ
2. 今までにMRの検査を受けたことはありますか？	はい いいえ
3. 刺青(いれずみ)はありますか？	はい いいえ
4. 体内に人工物が入っていますか？「はい」の方はどの部位に入っていますか？	はい いいえ
心臓ペースメーカー スtent 人工弁 その他骨折などの金属()	
5. 現在、妊娠中ですか？	不明 はい いいえ
6. 現在、授乳中ですか？	はい いいえ
7. 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？	はい いいえ