

## かきの脳神経外科・内科クリニック問診票【脳神経外科・初診用】

氏名	フリガナ	男 女	明・大・昭・平
			年 月 日 ( ) 才
住所	〒 □□□□-□□□□ 都道府県 市区郡	電話番号	保険: 社保・国保・その他(交通事故 労災)
			自宅 - - 携帯 - -

## 1) 本日、来院された理由を教えてください。

- A. 頭痛      どのような痛み方ですか?  
・拍動するよう(ズキン ズキン) ・締め付けられるよう  
・頭が重い ・吐き気がある または嘔吐する
- B. めまい      どのようなめまいですか?  
・回転性(天井や壁が回る) ・浮遊感(ふわふわと浮く感じ) ・吐き気があり ・嘔吐する
- C. 手足がしびれる、または動きが悪い      部位はどこですか?(例えば「右腕」、「左下腿」など)  
( )
- D. 物忘れ      ・人の名前が出てこない ・同じことを何度も質問する ・外出して帰宅できない  
・お金の管理ができない ・火の不始末 ・性格が変わった ・ふさぎ込みがち
- E. 脳ドックの結果説明
- F. セカンドオピニオン
- G. 脳の検診
- H. その他  
( )

## 2) 症状はいつからですか?

( ) 頃から)

## 3) 今までにかかった病気、けが、手術、はありますか?

ない ・ ある ( )

## 4) 現在飲んでいるお薬はありますか。(お薬手帳は診察の際にご提出ください。)

ない ・ ある

## 5) お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか?

ない ・ ある 食品・薬剤名 ( )

## 6) 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けたことがありますか?

ない ・ ある 病院名 ( ) ・ 治療内容 ( )

## 7) 喫煙されますか?

しない ・ する ・ 禁煙(いつから )

## 8) 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか?

ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中( ) 週

## 9) 下の中で、該当するものがありますか?

ない ・ ある (ペースメーカー装着 人工内耳装着 脳動脈瘤クリッピング術後  
 刺青(眉毛、アイラインも含む) 避妊リング その他体内金属  
 コンタクトレンズ マグネット式インプラント 補聴器  
 てんかん、痙攣の既往 喘息の既往)

## 10) どうやって当院をお知りになりましたか?(2つ以上回答可)

1. ホームページ      2. 看板( ) 町      3. チラシ      4. 知り合いのご紹介  
 5. 前を通過して      6. その他( )