

## 脳神経外科問診表

刀ガナ お名前 <span style="float: right;">( 男 ・ 女 )</span>				生年月日 M・T・S・H 年 月 日			
住 所	〒 —			TEL①			
				TEL②			
身 長	cm	体 重	kg	体 温	℃	血 圧	/

本日は、どんな症状で受診されましたか？

その他、診察の参考にしますので、あてはまる症状をいつ頃か書き込んでください。

①	一時的に目が見えなくなったことがある	(		)	から
②	見える範囲が狭くなった	(		)	から
③	顔に刺すような痛みがある	(		)	から
④	顔の片側がけいれんする	(		)	から
⑤	めまいがすることがある	(		)	から
⑥	最近耳の聞こえが悪くなってきた	(		)	から
⑦	頭痛がある	(		)	から
⑧	一時的に手足が動きにくくなったり、しびれたことがある	(		)	
⑨	現在手足のまひやしびれがある	(		)	から
⑩	一時的に話しにくくなったことがある	(		)	
⑪	現在話すことが出来ない	(		)	から
⑫	体の一部や全体にけいれんがきて、気を失ったことがある	(		)	
⑬	最近物忘れが気になる(忘れやすくなった)	(		)	から
⑭	道をまっすぐに歩けない	(		)	から
⑮	肩やくびがこりやすい	(		)	から
⑯	最近、頭を打ったことがある	(		)	
⑰	追突されたことがある	(		)	
A	アレルギー体質ですか	(	はい ・ いいえ	)	
B	体の中に金属やペースメーカーが入っていますか	(	はい ・ いいえ	)	
C	これまでにかかったことのある病気	(		)	
D	現在治療を受けている病気	(		)	
E	現在服用している薬	(		)	
F	クリニックを受診するにあたり、クリニック職員に気を付けてほしいことがありましたらお知らせください。 例) 忘れやすいので次の予約日を紙に書いてほしい。など				