

# 脳神経外科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

体温 \_\_\_\_\_ ℃  
 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 脈 \_\_\_\_\_  
 SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Q1: 今日はどうのような症状で来院されましたか?

①いつから? ( \_\_\_\_\_ )

②どこか? ( \_\_\_\_\_ )

③その症状は? (痛い・だるい・吐き気・めまい・しびれる・力がはいるない  
 その他: \_\_\_\_\_)

Q2: 本日、脳外科で調べてもらいたい事はありますか? 頭部CT希望・頭部MR希望

( \_\_\_\_\_ )

Q3: 心配なことはありますか? 特に医師に聞きたい事がありますか?

( \_\_\_\_\_ )

Q4: 今まで治療した病気はありますか?

( \_\_\_\_\_ )

Q5: 現在治療中の病気はありますか? お飲みになっている薬はありますか?

( \_\_\_\_\_ )

## 生活情報

酒	毎日 ( _____ ) 合 ・ ときどき ・ 飲まない
たばこ	平均1日 本 ・ ときどき月 本 ・ ときどき年 本 いつから禁煙? ( _____ ヶ月前 ・ 年前) ・ 吸わない
妊娠されている可能性はありますか?	ある ・ ない
薬・食べ物・その他・アレルギーはありますか?	ある ( _____ ) ・ ない
人間ドッグをお受けになったことはございますか?	受けた ( _____ 年前) ・ 受けてない

\*当院の脳神経外科をどこでお知りになりましたか?

□コミ・ネット・知人の紹介・その他( \_\_\_\_\_ )