

## 脳神経外科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

体温 \_\_\_\_\_ °C  
血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
脈 \_\_\_\_\_  
SpO2 \_\_\_\_\_

Q1: 今日はどのような症状で来院されましたか？

- ①いつから？ ( \_\_\_\_\_ )  
②どこが？ ( \_\_\_\_\_ )  
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？

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

Q3: 心配なことはありますか？ 特に医師に聞きたい事はありますか？

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

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？

口コミ・ネット・知人の紹介・その他( \_\_\_\_\_ )