

# 脳神経外科外来問診票

フリガナ

氏名

年齢

才

性別（男・女）

体温 °C

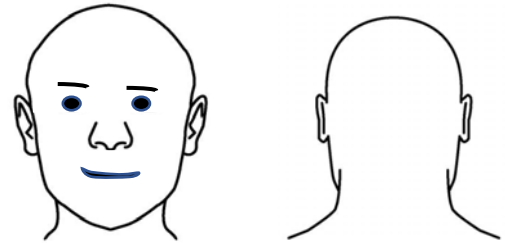
身長 cm

体重 kg

職業

- 1 いつからどのような症状で受診されますか。また、下図の部位に○を付けて下さい。

めまい、頭痛、物忘れの症状の方は  
別紙の記入もお願いします。



- 2 現在、他の病気で通院していますか？ はい いいえ  
「はい」の方・・・病名（ ） 病院名（ ）  
薬を 飲んでいる 飲んでいない
- 3 今までにかかった病気はありますか？  
高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病 肝臓病 喘息 脂質異常症  
その他（ ）
- 4 今までに入院したり、手術を受けたり、長く治療を受けたことはありますか？  
はい（病名 ） いいえ
- 5 薬や注射でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか？  
はい いいえ  
「はい」の方・・・薬の名前（ ）
- 6 嗜好品についてお答え下さい。  
酒 飲む ・ 飲まない / たばこ（1日 本） ・ 吸わない
- 7 下記の中で該当しているものがあれば□に印を入れて下さい。  
ペースメーカーを挿入している 体内に金属が入っている 狭い所が苦手
- 8 女性の方のみお答え下さい。  
妊娠中ですか？ はい いいえ 可能性あり  
授乳中ですか？ はい いいえ

