

なかじま脳神経外科クリニック問診票【初診用】

氏名	フリガナ	男女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
			年 月 日 () 才
住所	〒	電話番号	保険：社保・国保・その他（交通事故 労災） 自宅 - - 携帯 - -

1) 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. インターネット 2. チラシ 3. 知り合いのご紹介（名前 _____）
 4. 看板広告（神戸電鉄出口 南ヶ丘1丁目 三輪小学校前交差点 宅原交差点 西対中交差点 西宮北インター付近） 5. 前を通過して 6. その他（ _____ ）

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 ・痛い場所（ _____ ）
 頭痛の継続時間は？：瞬時的・数分間・数時間・数日・数日以上
 頭痛の頻度は？：月に数回・週に数回・ほぼ毎日
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） ・吐き気がある ・嘔吐する
 どんな時に？：起床時・振り向いたり、頭を動かしたり・じっとして
 めまいの持続時間は？：瞬時的・数分間・数時間・数日・数日以上
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
H. 見え方がおかしい ・きらきらしたものが見える。 ・見えない部分がある
I. 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（高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患
 ・肝臓病・腎臓病・その他 _____）
 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) 女性の方へ 妊娠している可能性がありますか？：はい・いいえ
 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）