

脳外科新患問診票（一般用）

氏名 _____ 様

本日来院された理由についておたずねいたします。

症状は？（ で囲んで下さい） 頭痛 めまい しびれ ふるえ ひきつけ
その他（ _____ ）

いつ頃からですか 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（午前・午後）から、に
_____ 日前から _____ ヶ月前から _____ 年前から

どこが 頭(前・右・左・てっぺん・後ろ・全体)
首筋 半身(右・左) 手(右・左) 足(右・左)
その他(_____)

どうなる 痛い(ズキズキ・刺刺・重い・その他) _____)

しびれる(動かない・触ったのがおかしい・その他) _____)

めまいがする(グルグルと回る・ゆらゆらと揺れる・その他) _____)

今までにかかった病気についておたずねいたします。どちらかに を入れてください。
また、薬をお持ちの方は看護婦におみせ下さい。

糖尿病	(ない・ある	年頃・前から	病院	薬飲用(している・していない)
高血圧	(ない・ある	年頃・前から	病院	薬飲用(している・していない)
高脂血症	(ない・ある	年頃・前から	病院	薬飲用(している・していない)
心臓病	(ない・ある	年頃・前から	病院	薬飲用(している・していない)
アルザ-	(ない・ある	年頃・前から)
喘息	(ない・ある	年頃・前から	病院	薬飲用(している・していない)

その他に今までに、大きな病気をしたことがありますか。（ある・ない）
「ある」の方は、病名といつ頃からどこの病院にかかっている（かかっていた）かをご記入下さい。

手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）
はいの方は手術の種類といつどこの病院で受けたかをご記入下さい。

利き腕(書字や箸)は？ 右利き 左利き 両手利き (字を書くのは 右・左)
たばこ(すわない・ _____ 年前に止めた・すう _____ 本/日)
酒 (飲まない・ _____ 日/週 ビール _____ 酒 _____ 毎日 ビール _____ ml 酒 _____ 合)

女性の方のみ、現在妊娠は？（していない、はっきりしない、している）

【質問】あなたは自分の病気（悪性疾患などの場合を含む）を正確に知らせてほしい
ですか？

1．良性、悪性にかかわらず知りたい 2．良性であれば知りたい 3．知りたくない

【質問】あなたの病気の診断・治療について、他に特に説明してもらいたい人があ
りましたら、その方のお名前とあなたとの関係を書いてください。(何名でも結構です)

お名前(_____)あなたとの関係(_____)
お名前(_____)あなたとの関係(_____)
お名前(_____)あなたとの関係(_____)