

脳神経内科 問診票

お答えできる範囲で結構ですのでご記入をお願いします。

お名前: _____ 利き手: 右・左 _____

今日はどんな症状でいらっしゃいましたか？

① いたい・しびれる・重い(頭・くび・肩・顔・手・足・その他)

症状のある部位を右の図に書いてください。

② 手足に力が入らない・ふるえる・勝手に動く・歩きにくい

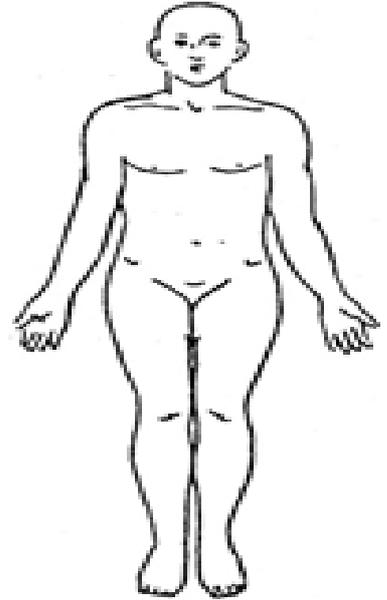
③ 口がもつれる・飲みこみにくい・言葉が出ない

④ 倒れた・意識を失った・けいれんがあった

⑤ もの忘れする・ボーっとしている・様子がおかしい

⑥ めまいがする・聞こえにくい・耳鳴りがする

⑦ その他 [_____]



症状はいつごろから、どのように始まりましたか？

(今日・昨日・ 日位前・ 週間前・ カ月前・ 年前)

(急に・ゆっくりと・徐々に・時々)

症状は、発症時とくらべて、どのように変化していますか？

(変わらない・徐々によくなっている・徐々に悪くなっている・よくなったり悪くなったりする)

今までにどんな病気や手術をされましたか？それはいつ頃でしたか？主なものを記入してください。

病名:(_____) 手術名:(_____) (_____)歳ごろ

他の病院に通院されている方は病名と病院名をご記入ください。

病名:(_____) 病院名:(_____)

飲んでいるお薬がありましたら、○をつけてください。持参した方は看護師にお渡しください。

高血圧・糖尿病・脳疾患・心臓病・その他(_____)

今までにお薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？それは何が原因でしたか？

(ない・ある) 原因:(_____)

ご家族に脳の関係の病気の方はいらっしゃいますか？ (例:父 パーキンソン病)