

脳神経外科問診票

氏名 _____ 男 女 生年月日 _____ 年齢 _____ 才 _____

*介護申請について (未申請 ・ 申請中 ・ 申請済)

*申請済の方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2)

職業：(_____) 主婦 無職 学生

利き手：(右、左) 身長： _____ cm 体重： _____ kg

1、今日はどうされましたか。

頭痛 首筋が張る 顔や手足が動かしにくい・しびれる・ふるえる・けいれんする

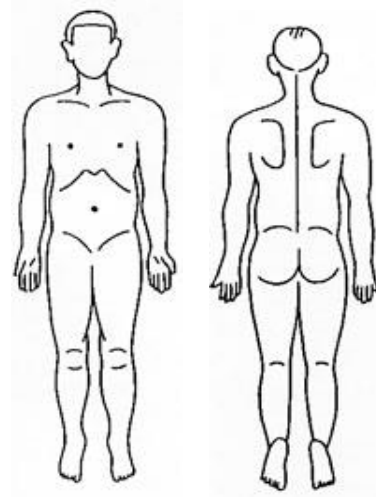
(右の図に症状のある部位をチェックしてください)

めまい 意識がなくなった シャベりにくい

歩きにくい ケガをした 交通事故

その他 (_____)

2、その症状はいつから、どのような具合ですか。



3、現在、治療中の病気はありますか → はい いいえ

飲んでいる薬はありますか → はい いいえ

病名 (_____)

薬の名前 (_____)

4、今までに病気やケガで治療したり、手術を受けた事がありますか。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 その他 (_____)

手術 (_____)

5、生活習慣についてお聞きします。

アルコールは飲みますか → 飲む (1日に _____ を _____ 位) 飲まない

煙草は吸いますか → 吸う (1日 _____ 本) 吸わない

6、今までに薬、注射、食べ物でアレルギーが出たり、気分が悪くなったことがありますか。

はい (原因： _____) いいえ

7、今までに海外に行ったことがありますか。

はい (いつ頃 _____) いいえ