

初診問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 血圧 (_____ / _____) 脈拍 (_____) 整・不整
 受付番号 _____ ID _____ (_____ / _____) (_____) 整・不整

フリガナ

氏名 _____ 性別 男・女 職業 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

〒

住所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 右・左

家族構成 配偶者・子ども・父・母・兄弟・祖父・祖母 合計 (_____) 人暮らし

■これまで病気をしたことがありますか?..... なし あり

- 脳疾患 (_____) 心疾患 (_____) がん (_____)
- 高血圧 糖尿病 高脂血症 腎疾患 肺疾患 頭痛持ち その他 (_____)

■これまでに手術を受けたことがありますか?..... なし あり

いつ頃にどのような手術か? (_____)

■今飲んでいるお薬はありますか?..... なし あり

お薬の名前は? (_____)

■お薬や食べ物でアレルギーはありますか?..... なし あり

アレルギーの内容は? (_____)

■血縁関係のご家族に病気はありますか?..... なし あり (どなたかご記入ください)

- 脳疾患 (_____) 心疾患 (_____) がん (_____)
- 高血圧 糖尿病 高脂血症 腎疾患 肺疾患 頭痛持ち その他 (_____)

■嗜好品の有無

飲酒の習慣はありますか?... なし 時々 あり (_____) を (_____) ml/日)

喫煙の習慣はありますか?... なし 辞めた あり 1日 (_____) 本を (_____) 年間

■女性の方へ

妊娠中ですか?... いいえ はい 授乳中ですか?... いいえ はい

■本日はどのように来院されましたか?

- 徒歩 自転車 バス、電車 タクシー 車 (自分の運転、ご家族の方の運転、施設の方の運転、職場の方の運転) その他 (_____)

■当院を受診されたきっかけはなんですか?

- 紹介状 他院より口頭紹介 家族 知人友人 学校連絡 近所 職場の近く
- 医療情報センター 当院のホームページ 医療情報サイト 医療情報誌 その他

① 本日、来院されたきっかけの症状はなんですか？

頭痛 物忘れ めまい しびれ 頭のケガ その他(_____)

② 頭痛 ありますか？…………… なし あり

(1)いつから…………… (_____) 時間・日・週間・ヶ月・年 くらい前から出現

(2)どこが……………前頭部 後頭部 頭頂部 側頭部(左・右) こめかみ(左・右)

頭全体 首 目の奥 その他 (_____)

(3)どのように…締め付けられる ズキッと一瞬 ガンガン 頭が重い 脈打つ

ビリビリ電気が走る 輪っかをかけられる その他 (_____)

(4)どんな時に…突然 徐々に 起床時 午前中 夕方 就寝中 入浴時

動いた時 常に その他 (_____)

(5)痛む頻度……………今回が初めて 毎日 週に(_____)回 月に(_____)回 年に数回

(6)痛む時間……………瞬間的 (_____)分間 (_____)時間 1日中

(7)痛みの推移…強くなってきている 変わらない 弱まってきている

(8)気持ち悪さ…なし あり → 嘔吐…なし あり

(9)痛み止め……………内服なし 内服した→薬の名前 (_____) → 効果 なし あり

(10)その他症状…なし 鼻づまり 耳の異常 (聞こえづらい・キーン・ザーザー)

眼の異常 (視力低下・チカチカ・ギザギザ・二重に見える・暗黒感)

光・匂い・音に過敏 肩コリ・首コリ 鼻づまり

(11)きっかけ…なし あり (頭を打った・ストレスや疲労・天気・睡眠不足・その他)

③ 物忘れ ありますか？…………… なし あり

(1)いつから…………… (_____) 時間・日・週間・ヶ月・年 くらい前から出現

(2)どのように…単語が出ない 同じ言動を繰り返す 辻褄が合わない 道に迷う

普段できることができない 失禁 幻覚、幻聴 症状に波がある

手足の動きが鈍い 寝ている時に叫ぶ 泣いたり怒ったりしやすい

意欲がない 集中力がない その他 (_____)

④ めまい がありますか？…………… なし あり

(1)いつから…… (_____) 時間・日・週間・ヶ月・年くらい 前から出現

(2)どのように…フワフワ浮くように グルグルが回るように 真っ暗になる

身体が傾く 身体がふらつく 足元がふらつく 物が二重に見える

(3)どんな時に…突然 徐々に じっとしている時 立ち上がった時 動いている時

顔の向きを変えた時 常に その他 (_____)

(4)持続時間……瞬時的 (_____) 分間 (_____) 時間 1日中

(5)頻度……………今回が初めて 毎日 週に(_____)回 月に(_____)回 年に数回

(6)その他症状…なし 耳鳴り、難聴 しびれ 呂律が回らない 力が入らない

⑤ しびれ がありますか？…………… なし あり

(1)いつから… (_____) 時間・日・週間・ヶ月・年くらい前から出現

(2)どこが……………右側 左側 両側

上肢(手指先・掌・手背・腕・肩) 下肢(足指先・足裏・手背・脚・臀部)

顔(ひたい・眼の周囲・頬・口唇) その他 (_____)

(3)どのように…ピリピリ痺れる ジリジリ痛む 動きが鈍い 力が入らない

触れたりつねったりしてもわからない その他 (_____)

(4)どんな時に…突然 徐々に 起床時 安静時 動く時 就寝時 常に

(5)持続時間……瞬時的 (_____) 分間 (_____) 時間 1日中

(6)頻度……………今回が初めて 毎日 週に(_____)回 月に(_____)回 年に数回

⑥ 頭のケガ がありますか？…………… なし あり

(1)状況を具体的にお書きください。例：今日の12時ごろに段差につまづき後頭部をぶつけた。

(_____)

(2)次の症状はありますか？…なし 頭痛 出血 腫れ 気持ち悪さ めまい

意識消失 力が入らない 平衡感覚の異常 目や耳の異常 意識消失

⑦ その他、気になることがあれば具体的にお書きください。

(_____)

ご協力ありがとうございました。受付までお戻しく下さい。
横浜青葉脳神経外科クリニック