

初診問診票

スタッフ記入欄

問診時間

検査時間

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

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…ギューと締め付けられる ズキッと一瞬 ガンガン脈打つ 頭が重い
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…起床時 午前中 夕方 就寝中 入浴時 動いた時 常に
→上記の時に (突然 徐々に) 起こる。

(5)痛む頻度……………今回が初めて (もしくは、こんなに酷いのは初めて)
毎日 週に(_____)回 月に(_____)回 年に数回

(6)痛む時間……………瞬時的 (_____) 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 肩コリ 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・眩しい)

(11)きっかけ……………なし あり (頭を打った・光音匂い・疲労・天気・睡眠不足・生理・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…安静時 立ち上がった時 動いている時 頭の向きを変えた時 常に

→上記の時に (突然 徐々に) 起こる。

(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 吐気 呂律が回らない しびれや動かしづらさ

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・手のひら・手背・腕・肩) 下肢 (足指先・足裏・足背・脚・お尻)

顔 (ひたい・眼のまわり・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…起床時 安静時 動く時 就寝時 常に

→上記の時に (突然 徐々に) 起こる。

(5)持続時間……瞬時的 (_____) 分間 (_____) 時間 常に

(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前頭部をぶつけた。

(_____)

(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

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