

# 問診票(脳神経内科)

(ふりがな)			
お名前：		様 (男・女)	
明・大・昭・平・令			
生年月日：西暦		年 月 日生 (歳)	
〒 -			
ご住所：			
連絡先(自宅)：		— —	
(携帯)：		— —	

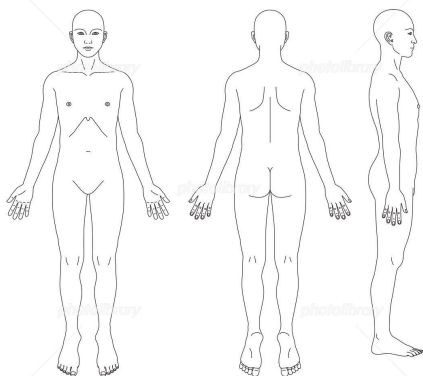
紹介状 なし(両面記入)  
あり(裏面記入)

マイナ保険証に同意 あり なし

1) 本日はどうなさいましたか？

- 頭痛    めまい    意識がなくなる    けいれん
- もの忘れ    ろれつがまわらない、言葉がでにくい    飲み込みにくい
- 視野の右側や左側が見にくくなった(暗くなった)    ものが二重に見える
- 手足に力が入りにくい    手足のふるえ    手足や体が勝手に動く
- 顔のびくつき    こむら返り    筋肉がやせてきた    手足がしびれる
- 手足の感覚が鈍い    歩きづらい    ふらつく    耳鳴り
- 片方の手足や顔がつっぱる
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※症状のある部位に○をつけて下さい。



2) 症状はいつ頃からありますか？

3) 症状は変化していますか？

- 変わらない    徐々に良くなっている
- 徐々に悪くなっている    良くなったり悪くなったりする

4) 現在治療中の病気はありますか？

- なし    あり ( \_\_\_\_\_ )

5) 現在飲んでいる薬はありますか？

※マイナ保険証による情報提供に同意した方は直近1カ月以内の処方薬を除き記載は不要です

- なし    あり ( \_\_\_\_\_ )

**【裏面あり】**



6) 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし

あり 歳 or 年 ( )

7) 喫煙：吸わない

吸う ( 本/日 年間)

禁煙した ( 年前から)

飲酒：飲まない

飲む (週 日) 種類/  
量/

8) 食べ物や、薬のアレルギーはありますか？

なし あり ( )

9) 体内になにか金属がはいっていますか？

なし あり ( )

10) 頭の検査をしたことがありますか？

なし

頭部 CT 頭部 MRI  
(音が静かな検査) (音が大きい検査)

11) 閉所恐怖症

なし あり

12) 身長： cm

体重： kg

13) 女性の方へ。

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ

はい ( 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

14) この1年間に特定健診または高齢者健診を受けたことはありますか？

※マイナ保険証による情報提供取得に同意した方は記載の省略可能です

あり

なし