

# 脳神経外科 問診票

受診日 令和 年 月 日

|      |           |    |          |
|------|-----------|----|----------|
| ふりがな |           |    |          |
| 氏名   |           |    |          |
| 生年月日 | T · S · H | 年  | 月 日 ( 歳) |
| 現住所  | 〒         |    |          |
| 電話番号 | 自宅もしくは携帯  |    |          |
| 職業   |           | 身長 | cm 体重 kg |

## 1. いつ頃から、どのような症状がありますか？

☐ 今日・昨日から ☐ 3、4 日前 ☐ 1 週間ほど前 ☐ 2 週間ほど前 ☐ 3 週間以上前

A ☐ 頭痛（頭痛の方は 2 番以降の記入と頭痛問診票（裏面）の記入をお願いします。）

B ☐ めまい

● どのようなめまいですか？

☐ 回転性（天井や壁が回る） ☐ 浮遊感（ふわふわと浮く感じ） ☐ 吐き気あり ☐ 嘔吐する

● どんな時に？

☐ 起床時 ☐ 振り向いたり頭を動かしたとき ☐ 起立時 ☐ じっとしていて

● めまいの持続時間は？

☐ 瞬間的 ☐ 数分間 ☐ 数時間 ☐ 数日 ☐ 数日以上

C ☐ 手足がしびれる、または動きが悪い

● 部位はどこですか？（例えば、「右腕」、「左下腿」など）（ ）

D ☐ 物忘れ

☐ 人の名前が出てこない ☐ 同じことを何度も質問する ☐ 外出して帰宅できない

☐ お金の管理ができない ☐ 火の不始末 ☐ 性格が変わった ☐ ふさぎ込みがち

E ☐ その他（ ）

## 2. 今までにかかった病気は、ありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ コレステロールが高い ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝臓病  
☐ 腎臓病 ☐ ぜんそく ☐ その他（ ）

## 3. 手術を受けたことがありますか？

☐ ない ☐ ある 手術名・部位（ ）

## 4. 現在、服用している薬はありますか？

☐ ない ☐ ある 薬品名（ ）

## 5. お薬で、アレルギーが出たことがありますか？

☐ ない ☐ ある 薬品名（ ）

## 6. 女性の方にお聞きます。妊娠・またはその可能性がありますか？

☐ ない ☐ ある

## 7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

☐ ホームページ ☐ 知人の紹介 ☐ 通りがかり ☐ 看板・通院したことがある  
☐ その他（ ）

ご記入ありがとうございました。（頭痛の方は裏面もごさいます。）

下記の質問について、該当するものに☑チェックしていただき、もしくは（ ）内にご記入ください。

1. いつごろから頭痛を自覚していますか？（初めて頭痛を自覚した時点をいずれか記入してください）

☐（ ）歳頃から・☐（ ）日前から・☐（ ）ヶ月前から・☐（ ）年前から

2. どのあたりが痛くなりますか？（痛む場所を選んでください）

☐右・☐左・☐両側：〔☐おでこ・☐目の周囲・☐目の奥・☐コメカミ・☐頭頂部・☐耳の上・☐耳の後ろ  
☐後頭部・☐首筋・☐頭全体・他（ ）〕

3. どのように痛くなりますか？

☐締め付けられる・☐ギューっと押される・☐脈を打つような（☐ズッキンズッキン・☐ドクンドクン）・☐全体が重い  
☐電気が走るような（チクチク・ズキズキとした瞬間的な痛み）・☐割れそうに・他（ ）

4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？

☐（ ）ヵ月に（ ）回位・☐（ ）週間に（ ）回位・☐ほぼ毎日（ ）日・ヵ月・年）前から

5. 頭痛はどのくらい続きますか？

☐（ ）時間位で治まる・☐（ ）日位で治まる・☐（ ）週間位・☐ずっと続いている

6. 頭痛のときの症状で、痛み以外にはどのようなものがありますか？

☐ない・☐ある：〔☐肩こり・☐吐き気がする・☐嘔吐・☐階段昇降や頭を動かす動作で痛みが増強する  
☐涙が出る・☐鼻水が出る・☐落ち着きがない・☐めまい（☐クラクラ・☐フワフワ・☐天井が回る）〕

7. 頭痛に伴い、普段は気にならない光をまぶしく感じることはありませんか？

☐ない・☐稀にある・☐時々ある・☐常にある

8. 頭痛に伴い、普段は気にならない音をうるさく感じることはありませんか？

☐ない・☐稀にある・☐時々ある・☐常にある

9. 頭痛に伴い、普段は気にならない匂いを嫌だと感じることはありませんか？

☐ない・☐稀にある・☐時々ある・☐常にある

10. ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？

☐いいえ・☐はい：〔☐父親・☐母親・☐娘・☐息子・☐兄・☐弟・☐姉・☐妹・☐祖父・☐祖母  
☐叔父・☐叔母〕

11. 頭痛のとき、どのような日常生活に支障をきたしますか？

☐学校や仕事を休んだ・☐保健室で寝たり、早退をした・☐家事や仕事に横になった・☐我慢して仕事や勉強をした  
☐予定をキャンセルした・☐できれば寝ていたい・☐じっとしている・☐やる気が出ない

12. これまで頭痛薬は飲んでいましたか？

☐いいえ・☐はい

13. 現在は、どの頭痛薬を1ヵ月に何日程度お飲みになりますか？

☐常備薬：（ ）・☐1ヵ月に（ ）日程度服薬

14. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？

☐いいえ・☐はい

15. これまでに頭痛で、頭部検査を受けたことがありますか？

☐いいえ・☐はい：〔☐頭部CT・☐頭部MRI・☐頭部MRA・☐脳波検査・☐不明〕

16. 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやけることがありますか？

☐いいえ・☐はい

ご記入ありがとうございました。