

# 脳神経外科 問診票

受診日 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

●めまいの持続時間は？

瞬時的 ・  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**  頭部打撲

（工作中や通勤時のけがでご受診の方は労災になりますので、受付にお申し出ください。健康保険使用不可。）

**F**  その他、交通事故など（ \_\_\_\_\_ ）

## 2. 今までにかかった病気は、ありますか？また、手術を受けたことがありますか？

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（ \_\_\_\_\_ ）

手術経験  ない ・  ある 手術名・部位（ \_\_\_\_\_ ）

## 3. 現在、服用している薬はありますか？

ない ・  ある 薬品名（ \_\_\_\_\_ ）

## 4. 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（ \_\_\_\_\_ ）

## 5. 女性の方にお聞きします。妊娠・またはその可能性がありますか？

ない ・  ある

## 6. 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・家事や工作中に横になった・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。