

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（仕事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 ・ 婦人科疾患 ・ 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（_____）

頭痛問診票 (初診用)

受診日 年 月 日

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？

() カ月に () 回位 ・ () 週間に () 回位 ・ ほぼ毎日 () 日 ・ カ月 ・ 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カ月に何日程度お飲みになりますか？

常備薬 : () ・ 1カ月に () 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。