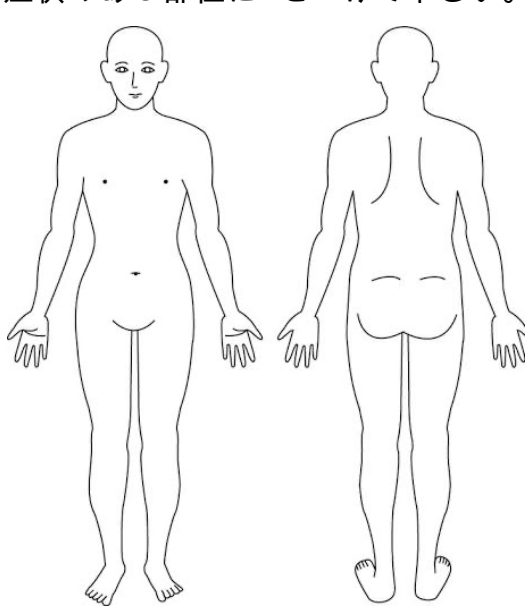


# 神経内科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>重い</p> <p><input type="checkbox"/>手足に力が入らない <input type="checkbox"/>手足のふるえ <input type="checkbox"/>手足が勝手に動く <input type="checkbox"/>歩きにくい <input type="checkbox"/>口がもつれる <input type="checkbox"/>飲み込みにくい</p> <p><input type="checkbox"/>言葉が出ない <input type="checkbox"/>倒れた <input type="checkbox"/>意識を失った <input type="checkbox"/>けいれん</p> <p><input type="checkbox"/>物忘れ <input type="checkbox"/>ボーッとしている <input type="checkbox"/>様子がおかしい</p> <p><input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>聞こえにくい <input type="checkbox"/>耳鳴り</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約 ( ) 日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>症状は、発症時とくらべて、どのように変化していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>かわらない <input type="checkbox"/>徐々によくなっている <input type="checkbox"/>徐々に悪くなっている <input type="checkbox"/>よくなったり悪くなったりする</p>	
<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>( )</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>( )</p>	

喫煙：□吸わない □吸う（ 本/日 × 年間）  
□禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））  
飲酒：□飲まない □飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ □なし □あり  
（ ）

体内に何か金属が入っていますか？ □いいえ □ペースメーカー □歯インプラント □義眼  
□義足

頭の検査をしたことがありますか？

□ない □頭部CT □頭部MRI

閉所恐怖症 □なし □あり

※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）

当院をどちらでお知りになりましたか？

□インターネット □看板 □知人 □通りがかり □その他（ ）