

# 谷掛脳神経外科問診票

◎ 以下のことは診療に欠かせない大切なことですから必ず書き込んで提出して下さい。

1. いつ頃から、どのように具合が悪いですか。

[                    ] 頃から 頭部, 頸部, 肩, 胸部, 腹部, 腰部, 四肢, その他 (                    )

どのようになりましたか?

痛み・しびれ(麻痺)・めまい・ふらつき・ケイレン・意識障害・発熱・外傷・その他 (                    )

2. ピリン系(風邪薬、鎮痛剤)抗生物質(ペニシリン系等)などの薬で薬疹やじんま疹のたことがありますか。

あり  
(その名前                    )  
なし・不明

3. 静脈注射やレントゲン検査の注射あるいは局所麻酔(歯科等)をうってショックをおこしたことがありますか。

あり  
なし・不明

4. 今までに、手術や大けがをしたことがありますか。

あり(その病名                    )  
なし・不明

5. 現在あるいはいままでに次の病気にかかったことがありますか。あれば○印でかこんで下さい。

脳卒中、糖尿病、高血圧、肝ぞう病、  
心臓病、神経痛、リウマチ、ぜんそく、  
アレルギー、てんかん、  
その他 (                    )

6. 現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。

あり  
なし

7. 女性のみ    ◎現在妊娠中ですか。

あり・なし

体 重 (                    ) kg