

脳神経外科 問診カード

診察の前に下記の質問にお答えください。

氏名 () 性別 (男・女) 年齢 () 歳 職業 ()

本日の症状

- ◆ 頭痛 (拍動性、鈍痛、締め付けられるような)
- ◆ 嘔気・嘔吐
- ◆ 耳鳴り、耳の聞こえづらさ
- ◆ めまい (フラフラする、周りの景色が回転する)
- ◆ 眼症状 (ものが二重に見える、視界が欠ける、ものが見えにくい)
- ◆ 手足の力の入りにくさ
- ◆ 手足のしびれ、痛み
- ◆ その他

その症状はいつ頃から始まりましたか

() 年 () 月 () 日

何かきっかけがありましたか (特になし、頭部打撲後 など)

その症状は悪化していますか (悪化している、変わらない、改善傾向)

他の病院は受診されましたか (受診した、当院が初めて)

これまでに病院で治療を要する病気をしたことがありますか

何歳頃

病名・手術

血縁者に大きな病気や手術をされた方はおられますか

誰

病名・手術