

ID

問診票



記入日 年 月 日

【インターネットホームページ用】

氏名 生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳 (男・女)

住 所 〒

電話番号 身長 cm 体重 kg

【1】いつ頃から 頃から

【2】どうなさいましたか？ (○を付けてください。今回の症状と無関係な記載には × を)

イ) 頭痛 以前より頭痛持ちですか？ (はい ・ いいえ)

- ①どのような痛みかたですか？ ・ 拍動性 (ズキンズキン) ・ 締め付けられる ・ 頭が重い
- ②どこが痛みますか？ ・ 前側 ・ 後ろ側 ・ こめかみ ・ その他
- ③頭痛の長さは？ ・ 瞬間的 ・ 数分間 ・ 数時間 ・ 数日 ・ それ以上
- ④頭痛の頻度は？ ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ ほぼ毎日
- ⑤頭痛薬は飲んでいますか？ ・ 飲んでない ・ 飲んでいる (薬品名：)

ロ) めまい

- ①どのようなめまいですか？ ・ 天井や壁が回る ・ ふわふわ浮くような
- ②どんなときに？ ・ 起き上がったとき ・ じっとして
- ③持続時間は？ ・ 瞬間的 ・ 数分間 ・ 数時間 ・ 数日
- ④耳鳴りはありますか？ ある ・ ない

ハ) 手足のしびれ、力が入らない、歩きにくい、喋りづらい

二) 首の痛み、肩こり、腰痛

ホ) 頭部打撲

- ①いつですか？ () ②どのようにぶつけましたか？ ()
- ③吐き気はありますか？ はい ・ いいえ

ヘ) 物忘れ ①人の名前が出てこない ・ 同じ事を何度も質問する ②日常生活にお困りですか？ はい ・ いいえ

ト) その他 ()

【3】今までにかかった病気はありますか？

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 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく

【4】現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない ・ ある

内服内容 ()

【5】手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある (手術歴：)

【6】喫煙しますか？ しない ・ する (一日の本数は？ 本)

【7】ご家族に頭の病気にかかったことがある方はいますか？ いいえ ・ はい (病名：)

【8】今までに頭の検査をしたことがありますか？ はい (CT / MRI) ・ いいえ