

## 問 診 (ver1.1)

氏名： \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

次の質問に当てはまるところ (□) に✓してください

記入者： 本人 家族 (ご関係： \_\_\_\_\_) その他： (関係： \_\_\_\_\_)

1. お困りのことは何ですか？ (あてはまるものすべてに✓してください)

- 頭痛 頭がスッキリしない 物忘れ めまい
- 見え方の異常 耳鳴・難聴 顔面の違和感・痛み
- 手足の脱力 手足のしびれ 手足が震える 歩きづらい
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. いつ頃から気になりましたか？

- 最近急に 数週間前から 数ヶ月前から  ( \_\_\_\_\_ ) 年以上前から

3. これまでに病気やけがの経験はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 (高コレステロールなど)
- 脳卒中 心筋梗塞 不整脈
- 腎臓の病気 肝臓の病気 肺の病気
- がん
- 外傷 (頭部打撲・交通事故など)

4. これまで下記の治療を受けたことがありますか？ (あてはまるものすべてに✓してください)

- 頭の手術 ステント (心臓) ステント (頭部・頸部)
- 骨折での金属を用いた手術
- ペースメーカー・除細動器の埋め込み

5. 現在、病院・医院に通院していますか？

- はい  いいえ

6. 血縁のあるご家族について下記の病気をしたことがありますか？

- 脳卒中 認知症 糖尿病 高血圧 心臓の疾患

7. 他に医師に伝えたいことをお書きください