NEUROSURGERY

かりんがげかもんしんひょう 脳神経外科問診票



Check ☑ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください year 年 month 月 day 日

Name 名前

□Male 男
□Female 女

Date of birth 生年月日 ______ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Phone 電話

Date of birth 生年月日	year 年	_ month 月	day 日	Phone 電話			
Address 住所							
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?			□Yes はい □No いいえ				
Nationality 国籍		La	nguage 言葉				
What are your symptoms? どうしましたか							
□ headache 頭が痛い □ dizziness めまい □ nausea 吐き気 □ vomiting 嘔吐 □ ringing in ears 耳鳴り □ stiff shoulders 肩こり □ numbness しびれ □ tremor 手型のふるえ □ difficulty in hearing 聞こえにくい □ difficulty in seeing 物が見えにくい □ difficulty in limb movement 手型の動きが悪い □ others その他							
How long have you had	d these problems? それはいつ	からですかSir	ce)	year 年	month 月 _	day 日から	
Have you ever bumped your head? 頭をぶつけましたか							
	year 年 month 月						
What part of your head	d? どこをぶつけましたか	□front 前頭部	『 □back 後	টের ঐ ঐ ☐right	side 右横	□left side 左横	
	fic accident? 交通事故ですか						
A person with a headache is required to answer the following questions. 頭が痛い方への質問です							
What area of your head hurts? どこが痛みますか □front 前頭部 □back 後頭部 □right side 右横 □left side 左横 □entire head 頭全体							
ぜんとう ぶ □front 前頭部	□back 後頭部 □r	ight side 右横	□let	ft side 左横	□enti	re head 頭全体	
Type of pain? どのように痛みますか							
□tingling キリキリ	っ □sharp/severe ガンガン □like being struck with a hammer ガーンと割れるように □pricking チクチク □others その他						
When is the pain worst? いつが一番痛いですか							
□morning 朝	□noon 昼	□ev	ening 夕方		all day —⊟	_{じゅう} 中	
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか							
□Yes はい → □medication 薬 □food 食べ物 □others その他 □No いいえ							
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか							
□Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください □No いいえ							
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか							
□Yes はい → months ヶ月 □No いいえ							

〈1/2ページ〉



Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

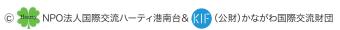
□No いいえ

□Yes はい

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか								
□stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 □kidney disease 腎臓の病気 □high blood pressure 高血圧症 □others その他	□thyroid problems 甲状	□asthr	しんぞう びょうき t disease 心臓の病気 ma ぜんそく はいどく ilis 梅毒					
Are you currently under medical treatment? 現在治療し	_{びょうき} っている病気はありますか	□Yes はい	□No いいえ					
Do you drink alcohol? お酒を飲みますか]Yes はい → ml/a day ml/日		□No いいえ					
Do you smoke? たばこを吸いますか	□Yes はい → cigarett	□No いいえ						
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがあ	りますか	□Yes はい	□No いいえ					
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔	□Yes はい	□No いいえ						
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか								
□Yes はい □No いいえ								

〈2/2ページ〉

http://www.kifjp.org/medical



(2014.1)