

NEUROCHIRURGIE

のうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

français
フランス語

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> mal de tête 頭が痛い	<input type="checkbox"/> vertiges めまい	<input type="checkbox"/> nausées 吐き気	<input type="checkbox"/> vomissements 嘔吐
<input type="checkbox"/> bourdonnements d'oreille 耳鳴り	<input type="checkbox"/> épaules contractées 肩こり	<input type="checkbox"/> engourdissements しびれ	
<input type="checkbox"/> frissons des membres 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> perte de connaissance 意識がなくなる		
<input type="checkbox"/> difficulté à entendre 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> difficultés à voir 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> difficultés à marcher 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> difficulté à bouger les membres 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> autres その他		
Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか		Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から	
Vous êtes-vous heurté la tête? 頭をぶつきましたか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Quelle partie de votre tête? どこをぶつきましたか		<input type="checkbox"/> devant 前頭部	<input type="checkbox"/> derrière 後頭部
		<input type="checkbox"/> côté droit 右横	<input type="checkbox"/> côté gauche 左横
Est-ce dû à un accident de la circulation? 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Repondez à ces questions, si vous avez mal à la tête. 頭が痛い方への質問です			
Où avez-vous mal? どこが痛みますか			
<input type="checkbox"/> devant 前頭部	<input type="checkbox"/> derrière 後頭部	<input type="checkbox"/> côté droit 右横	<input type="checkbox"/> côté gauche 左横
<input type="checkbox"/> toute la tête 頭全体			
Type de douleur? どのように痛みますか			
<input type="checkbox"/> sourde ズキンズキン	<input type="checkbox"/> aigüe ガンガン	<input type="checkbox"/> martelante ガーンと割れるように	
<input type="checkbox"/> lancinante キリキリ	<input type="checkbox"/> piquante チクチク	<input type="checkbox"/> autres その他	
Quand avez-vous vraiment mal? いつが一番痛みますか			
<input type="checkbox"/> matin 朝	<input type="checkbox"/> journée 昼	<input type="checkbox"/> soir 夕方	<input type="checkbox"/> toute la journée 一日中
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬		<input type="checkbox"/> aliments 食べ物	<input type="checkbox"/> autres その他
		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ヶ月		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Allaitiez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ

<1/2ページ>



Antécédents médicaux <small>いま</small> 今までにかかった病 <small>びょうき</small> 気はありますか		
<input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病 <small>びょうき</small> 気	<input type="checkbox"/> maladie hépatique <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病 <small>びょうき</small> 気	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病 <small>びょうき</small> 気
<input type="checkbox"/> maladie rénale <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病 <small>びょうき</small> 気	<input type="checkbox"/> tuberculose <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> diabète <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> hypertension <small>こうけつあつしやう</small> 高血 <small>こう</small> 圧 <small>あつ</small> 症 <small>しやう</small>	<input type="checkbox"/> SIDA <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> problème thyroïdien <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲 <small>こう</small> 状 <small>じょう</small> 腺 <small>せん</small> の病 <small>びょうき</small> 気
<input type="checkbox"/> autres <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> syphilis <small>はいどく</small> 梅毒	
Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? <small>げんざいちりやう びょうき</small> 現在治療している病 <small>びょうき</small> 気はありますか		
Vous buvez de l'alcool? <small>さけ の</small> お酒を飲 <small>のみ</small> みますか		<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ ml/ par jour ml/日 <input type="checkbox"/> Non いいえ
Vous fumez? <small>す</small> たばこを吸 <small>す</small> いますか		<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ cigarettes /par jour <small>ほん ひ</small> 本/日 <input type="checkbox"/> Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? <small>しゆじゆつ う</small> 手術を受 <small>う</small> けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? <small>こんご つうやく じぶん</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ		

〈2/2ページ〉