

# NEUROCHIRURGIE

のうしんけいげ かもんしんひょう  
脳神経外科問診票

Deutsch  
ドイツ語

Bitte  alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年

Monat 月

Tag 日

Name 名前	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日 Tel 電話
Anschrift 住所	
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Staatsangehörigkeit 国籍	Sprache 言葉

Grund des Arztbesuchs どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Schwindel めまい
<input type="checkbox"/> Übelkeit 吐き気	<input type="checkbox"/> Erbrechen 嘔吐
<input type="checkbox"/> Ohrensausen 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Schulterverkrampfung 肩こり
<input type="checkbox"/> Lähmung しびれ	<input type="checkbox"/> Zittern 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Hörbeschwerden 聞こえにくい
<input type="checkbox"/> Sehbeschwerden 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Gehbeschwerden 歩きにくい
<input type="checkbox"/> Bewegungsschwierigkeiten der Gliedmassen 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他
Seit wann? それはいつからですか _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から	
Haben Sie sich den Kopf gestossen/erschüttert? 頭をぶつけましたか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Welchen Teil des Kopfs? どこをぶつけましたか	
<input type="checkbox"/> vorne 前頭部	<input type="checkbox"/> hinten 後頭部
<input type="checkbox"/> rechte Seite 右横	<input type="checkbox"/> linke Seite 左横
War es ein Autounfall? 交通事故ですか	
<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Bei Kopfschmerzen beantworten Sie die folgenden Fragen 頭が痛い方への質問です	
Wo haben Sie Schmerzen? どこが痛みますか	
<input type="checkbox"/> vorn 前頭部	<input type="checkbox"/> hinten 後頭部
<input type="checkbox"/> rechte Seite 右横	<input type="checkbox"/> linke Seite 左横
<input type="checkbox"/> ganzer Kopf 頭全体	
Wie sind die Schmerzen? どのように痛みますか	
<input type="checkbox"/> klopfend ズキンズキン	<input type="checkbox"/> dröhnend ガンガン
<input type="checkbox"/> Wie von einem Hammer geschlagen ガーンと割れるように	
<input type="checkbox"/> bohrend キリキリ	<input type="checkbox"/> stechend チクチク
<input type="checkbox"/> Sonstiges その他	
Wann haben Sie meistens Schmerzen? いつが一番痛いですか	
<input type="checkbox"/> morgens 朝	<input type="checkbox"/> tagsüber 昼
<input type="checkbox"/> abends 夕方	<input type="checkbox"/> andauernd 一日中
Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → <input type="checkbox"/> Medikamente 薬 <input type="checkbox"/> Lebensmittel 食べ物 <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Monat ヶ月 <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	
<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ	

<1/2ページ>



Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? <small>いまま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Leberkrankheiten <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkulose <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> Diabetes <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> Hals(Schilddrüse) <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Sonstiges <small>た</small> その他		<input type="checkbox"/> Syphilis <small>はいどく</small> 梅毒
Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Trinken Sie Alkohol? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ ml/Tag ml/日	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Rauchen Sie? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Zigaretten/Tag <small>ほん ひ</small> 本/日	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? <small>しゆじゆつ う</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? <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"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? <small>こんご つうやく じぶん つ</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"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ		

〈2/2ページ〉