

# 脳神経内科問診票

(診察の待ち時間短縮のため、未記入のないようお願いします)

お名前 ( ) 年齢 ( ) 歳

体温 ( ) 度 ( ) 分

生来の利き腕  右  左 握力 右 ( ) kg 左 ( ) kg

記載日 ( 20 ) 年 ( ) 月 ( ) 日

記載者  本人  代理 ( ) 続柄 ( )

問1. いつからどのような症状がありましたか？

問2. 共通問診票以外で過去の手術歴や治療されたご病気はありますか？

問3. 健診は受けていますか？

受けていない

受けている、異常の指摘は  なし  あり ( )

問4. ①食欲は  ある  あまりない  まったくない

②睡眠は  よく眠れる  あまり眠れない  不眠

③排便 ( ) 日に ( ) 回

④排尿 日中 ( ) 回 就寝中 ( ) 回