

NEUROSURGERY

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

English
英語

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		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
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?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 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 手足のふるえ
 unconsciousness 意識がなくなる difficulty in hearing 聞こえにくい
 difficulty in seeing 物が見えにくい difficulty in walking 歩きにくい
 difficulty in limb movement 手足の動きが悪い others その他

How long have you had these problems? それはいつからですか Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever bumped your head? 頭をぶつきましたか

Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から No いいえ

What part of your head? どこをぶつきましたか front 前頭部 back 後頭部 right side 右横 left side 左横

Was it caused by a traffic accident? 交通事故ですか Yes はい No いいえ

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

Type of pain? どのように痛みますか

throbbing ズキンズキン sharp/severe ガンガン like being struck with a hammer ガーンと割れるように
 tingling キリキリ 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 evening 夕方 all day 一日中

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 ケ月 No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか Yes はい No いいえ

<1/2ページ>



What illnesses have you had in the past? <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> kidney disease <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis <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"/> high blood pressure <small>こうけつあつしょう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> thyroid problems <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> others <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> syphilis <small>はいどく</small> 梅毒	
Are you currently under medical treatment? <small>げんざい ちりよう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Do you drink alcohol? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ ml/a day ml/日	<input type="checkbox"/> No いいえ
Do you smoke? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ cigarettes/a day <small>ほん ひ</small> 本/日	<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? <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"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? <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"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? <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"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		

〈2/2ページ〉