

ご予約の際は、事前に問診表をお試しのうえ、TEL: 03-5776-1200 宛にお電話ください。

## 問 診 表

記入日 平成 年 月 日

【予約日】 平成 年 月 日 時 分	【電話番号】
【氏 名】	【生年月日】 大・昭・平 年 月 日

問診を読まれて、各質問に該当する場合☑を付けてください。

ひとつでも☑を付けた場合は、「はい」に ○ を、それ以外は、「いいえ」に ○ を付けてください。

1	<input type="checkbox"/> 頭が痛い。 <input type="checkbox"/> 頭が重い。	はい	いいえ
2	<input type="checkbox"/> 頸(くび)が痛い。 <input type="checkbox"/> 頸が張る。	はい	いいえ
3	<input type="checkbox"/> 肩がこる。 <input type="checkbox"/> 肩が重い。	はい	いいえ
4	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。 <input type="checkbox"/> 風邪気味のことが多い。	はい	いいえ
5	<input type="checkbox"/> メマイがある。 <input type="checkbox"/> 天井がまわった・外界がまわった。	はい	いいえ
6	<input type="checkbox"/> フワフワ感がある。 <input type="checkbox"/> フラフラ感。 <input type="checkbox"/> なんとなく不安定。	はい	いいえ
7	<input type="checkbox"/> 吐き気がある。 <input type="checkbox"/> 食欲不振。 <input type="checkbox"/> 胃痛・不快感。 <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい。	はい	いいえ
8	<input type="checkbox"/> 夜、寝つきが悪い。 <input type="checkbox"/> 夜中、目覚めることが多い。	はい	いいえ
9	<input type="checkbox"/> 血圧が不安定である。 <input type="checkbox"/> 血圧が 200 前後になる。	はい	いいえ
10	<input type="checkbox"/> 暖かいところ、 <input type="checkbox"/> 寒いところに長くられない。	はい	いいえ
11	<input type="checkbox"/> 汗が出やすい。 <input type="checkbox"/> 汗が出ない。	はい	いいえ
12	<input type="checkbox"/> 静かにしているのに、急に心臓がどきどきする。 <input type="checkbox"/> 急に脈が速くなる。	はい	いいえ
13	<input type="checkbox"/> 目が見えにくい。 <input type="checkbox"/> 像がぼやける。	はい	いいえ
14	<input type="checkbox"/> 目が疲れやすい。 <input type="checkbox"/> 目が痛い。	はい	いいえ
15	<input type="checkbox"/> まぶしい。 <input type="checkbox"/> 目を開けてられない。	はい	いいえ
16	<input type="checkbox"/> 目が乾燥する。 <input type="checkbox"/> 涙が出すぎる。	はい	いいえ
17	<input type="checkbox"/> 口がかわく、つばが出ない。 <input type="checkbox"/> つばが多い。	はい	いいえ
18	<input type="checkbox"/> 微熱が出る。 <input type="checkbox"/> その原因が不明である。	はい	いいえ
19	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい。 <input type="checkbox"/> 便秘。 <input type="checkbox"/> 腹部症状がある。(腹痛など胃腸症状)	はい	いいえ
20	<input type="checkbox"/> すぐ横になりたくなる。 <input type="checkbox"/> 昼間から横になっている。	はい	いいえ
21	<input type="checkbox"/> 疲れやすい。(全身倦怠) <input type="checkbox"/> 全身がだるい。	はい	いいえ
22	<input type="checkbox"/> 何もする気が起きない。 <input type="checkbox"/> 意欲又は気力ががない。	はい	いいえ
23	<input type="checkbox"/> 天候悪化の前日、症状が強くなる。 <input type="checkbox"/> 天気予報が良く当たる。	はい	いいえ
24	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む。 <input type="checkbox"/> 気が滅入りそうだ。	はい	いいえ
25	<input type="checkbox"/> 1つのことに集中できない。	はい	いいえ
26	<input type="checkbox"/> わけもなく不安だ。 <input type="checkbox"/> いつも不安感がある。	はい	いいえ
27	<input type="checkbox"/> イライラしている。 <input type="checkbox"/> 焦燥感がある。	はい	いいえ
28	<input type="checkbox"/> 根気がない。 <input type="checkbox"/> 仕事や勉強を続けられない。	はい	いいえ
29	<input type="checkbox"/> 頭がのぼせる。 <input type="checkbox"/> 手足が冷たい。 <input type="checkbox"/> しびれる。	はい	いいえ
30	<input type="checkbox"/> 胸部が痛い。 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感がある。 <input type="checkbox"/> 胸がしびれる。	はい	いいえ
TOTAL			

ご記入ありがとうございました。 東京脳神経センター TEL:03-5776-1200 FAX:03-5776-1201



※ ご予約後に、ご記入のうえ、初診日当日にお持ちください。

Q2 当院をどのようにしてお知りになりましたか？当てはまる番号に○をお付け下さい。

(複数回答可、ただし、2つ以上ある方は、最初にお知りになったものに◎をお付け下さい)

- 1、本(タイトル: )  
2、雑誌( )  
3、新聞( ) 4、テレビ( ) 5、ラジオ( )  
6、インターネット(ホームページ) 7、家族、知人、友人の紹介( )  
8、その他( )

Q3 今まで、どの科を受診されましたか？該当するものに、○をお付け下さい。( )の中へ、

受診された病院数、【 】の中へ診断名をご記入ください。例) 脳神経外科 (3) 【異常なし】

- |          |     |   |   |          |     |   |   |
|----------|-----|---|---|----------|-----|---|---|
| 脳神経外科    | ( ) | 【 | 】 | 耳鼻科      | ( ) | 【 | 】 |
| 整形外科     | ( ) | 【 | 】 | 神経内科     | ( ) | 【 | 】 |
| 内科       | ( ) | 【 | 】 | 婦人科      | ( ) | 【 | 】 |
| 消化器科     | ( ) | 【 | 】 | 心療内科     | ( ) | 【 | 】 |
| 循環器科     | ( ) | 【 | 】 | 精神科(神経科) | ( ) | 【 | 】 |
| 眼科       | ( ) | 【 | 】 | その他      | ( ) | 【 | 】 |
| 鍼灸(東洋医学) | ( ) |   |   | 整体・整骨院   | ( ) |   |   |
| マッサージ    | ( ) |   |   | 柔整       | ( ) |   |   |

- Q4 今までに、頭部外傷やムチウチを受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
それはいつごろですか？ ( 年 月 )  
牽引治療をうけましたか？ ( はい ・ いいえ )  
ブロック注射をしましたか？ ( はい ・ いいえ )

Q5 身体がだるくて、朝起きられないことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

Q6 パニック発作を起こしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

Q7 ブラッドパッチを受けたことはありますか？ ※ある方は回数も ( はい - 回・ いいえ )

Q8 血圧不安定な時がありますか？ ( はい ・ いいえ )

上の血圧の最も高い時と低い時の値をご記入ください。(最も高い時 )  
(最も低い時 )

Q9 抗うつ剤を使用していますか？(していましたか？) ( はい ・ いいえ )

薬の名前、量、服用していた時期等ご記入ください。  
抗うつ剤に限らず、現在服用中の薬もご記入ください。

※ ご予約後に、ご記入のうえ、初診日当日にお持ちください。

## 問 診 表 (2)

【氏 名】	【記入日】 平成      年      月      日
-------	-------------------------------

各項目の該当する  に、 を付けてください。ひとつでも を付けた場合は、  
「はい」に  を、それ以外は、「いいえ」に  を付けてください。

1	□ のみ込みにくいと感じたことがある。	はい	いいえ
2	□ のどに違和感、又は何かつまっている感じがする。	はい	いいえ
3	□ 胃部の不快感、又は膨満感がある。	はい	いいえ
4	□ 胃痛、又はみぞおちの痛みがある。	はい	いいえ
5	□ 嘔気(吐き気)がある。	はい	いいえ
6	□ 食欲不振がある。 □ 体重が減少している。	はい	いいえ
7	□ 下痢・軟便に悩まされている。	はい	いいえ
8	□ 便秘が何日も続く。	はい	いいえ
9	□ 便秘と下痢を繰り返す。	はい	いいえ
10	□ 便が出にくい、又は全部でない(残便感)。	はい	いいえ
TOTAL			

「はい」にまたは「いいえ」に  を付けてください。

1	気分が落ち込む。気が滅入る。	はい	いいえ
2	意欲・気力がない。	はい	いいえ
3	不安(理由のない)。	はい	いいえ
4	体調不良で苦しい。これが一生続くのであれば死んだほうがまし。	はい	いいえ
5	イライラ・焦燥感がある。	はい	いいえ
6	判断力、決断力低下。	はい	いいえ
7	集中力低下。	はい	いいえ
8	根気がない、仕事が続けられない。	はい	いいえ
9	理由のない悲しみ、いつも悲しく涙が出る。	はい	いいえ
10	すべての事が虚しく感じられる。	はい	いいえ
11	何に対しても興味がない。	はい	いいえ
12	楽しいことも楽しく感じられない。喜びを感じられない。	はい	いいえ
13	大切なことや大事なことがどうでもよいと思う。	はい	いいえ
14	関係ないことでも責任を感じる。自分を責める。	はい	いいえ
15	自分はこの世に必要な。この世に存在してはいけない存在だと思う。	はい	いいえ
16	食欲の減退。	はい	いいえ
17	不眠。	はい	いいえ
18	疲れやすい。疲労感がある。	はい	いいえ
TOTAL			

