

# 一般症状問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

1 今回受診の理由、症状はなんですか(複数回答可)。

- めまい(ぐるぐる回る、ふわふわする)   立ちくらみ・意識消失   けいれん(部位: \_\_\_\_\_ )  
手足のしびれ(ジリジリ、ビリビリ)( 右 ・ 左 : 部位 \_\_\_\_\_ )  
手足に力がはまらない( 右 ・ 左 : 部位 \_\_\_\_\_ )  
物忘れ  
その他( \_\_\_\_\_ )

2 その症状はいつからですか。

( \_\_\_\_\_ )

3 その症状は今現在どのような経過をとっていますか。

- だんだん悪くなっている   ほとんど変わらない   少しは良くなっている   症状はなくなった

4 その症状は以前にもありましたか。

- 今回が初めて  
以前にもあった(いつごろ: \_\_\_\_\_ )

5 その他なにか気になることや、相談したいことがありましたらお書きしてください。

( \_\_\_\_\_ )