

# 頭部外傷問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

1 頭のけがをしたのはいつですか。

(いつ: \_\_\_\_\_ )

2 けがをした直後に意識はありましたか。

意識はあった 意識を失った(どのくらいの時間: \_\_\_\_\_ )  
よくわからない

3 けがをした時のことを覚えていますか。

覚えている 覚えていない

4 どのような状況でしたか。例:車にはねられた、物が当たった、殴られた など

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

5 いま、頭痛以外の症状はありますか(複数回答可)。

ない はきけ・嘔吐 肩こり・首こり ふわふわしためまい 集中できない  
手足のしびれや力がいらない(右・左) 目の症状(例:ものがかすむ、見えにくいなど)  
首のいたみ その他( \_\_\_\_\_ )

6 頭以外もけがをしていますか(複数回答可)。

顔面 首(頸椎) 腕・手(右・左) 足(右・左) 胸 腹(おなか)  
背中 腰 その他( \_\_\_\_\_ )

7 これまで同じような頭のけがをしたことがありますか。

ない ある(いつ: \_\_\_\_\_ )