

※下記の質問について該当するところを○で囲み、必要な場合はご記入ください

<p><4> アルコールは飲みますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>アルコールを飲む頻度は (毎日 ・ 時々飲む)</p> <p>飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれくらいですか</p> <p>何を ()、 () 本・グラス () 杯・ () 合</p>	はい	いいえ
<p><5> 喫煙歴はありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(1日 本× 年)</p>	はい	いいえ
<p><6> 現在何か病気で治療を受けていますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。どのようなことですか</p> <p>()</p>	はい	いいえ
<p><7> 血圧が高いと言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><8> 糖尿病と言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><9> 高脂血症と言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><10> 血縁者で脳または脊髄疾患を患った方はいますか</p>	はい	いいえ

※下記の質問について該当するところを○で囲んでください

〈11〉 最近の自覚症状についてお尋ねします。		
・ 最近、物忘れがひどくなったと感じる。	はい	いいえ
・ 卒倒したり意識を失ったことがある。	はい	いいえ
・ 痙攣発作（ケレボッサ）を起こしたことがある。	はい	いいえ
・ 頭痛がある。	はい	いいえ
・ めまい・立ちくらみがある。	はい	いいえ
・ 物が見えにくい・二重に見えることがある。	はい	いいえ
・ 音が聞きにくい・耳鳴りがする。	はい	いいえ
・ 味や臭いがわからない。	はい	いいえ
・ 手足が震えたり、物をよく落とす。	はい	いいえ
・ 手足がしびれる。	はい	いいえ
・ 手足が急に動かなくなったことがある。	はい	いいえ
・ 舌がもつれたり、言葉がでにくい。	はい	いいえ
・ 物が飲み込みづらい・むせたりする。	はい	いいえ
・ ものをつまみづらい。指がこわばる。	はい	いいえ
・ 歩きづらいと感じる。	はい	いいえ
・ 肩こり・腰痛がある。	はい	いいえ
・ むちうちの既往がある。	はい	いいえ

ありがとうございました。当日、この問診票を参考に診察させていただきます。