

## 脳神経外科 問診票

I D :

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令			年	月	日 ( )	歳)
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯 自宅	—	—	—	—
住所	〒 —								

① マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか？ はい · いいえ

② 本日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をつけてください。

頭痛 ろれつが回らない めまい 顔面けいれん 頭部外傷 高血圧  
しびれる → (部位： ) ふるえる → (部位： ) その他 ( )

③ 症状はいつごろからありますか？

( ) 日 · 週間 · か月 · 年 前から

④ 現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？当てはまる場合は○をつけてください。

ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息  
脳卒中 がん (部位： ) その他 ( )

⑤ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？

ない · ある → ( ) 歳ごろ 病名 ( )

⑥ 体になにか金属が入っていますか？

ない ペースメーカー ステント 歯インプラント その他 ( )

⑦ 頭の検査をしたことがありますか？

ない · ある (閉所恐怖症：□ない □ある)

⑧ ご家族（血縁のかた）に病気の方がいますか？

ない 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 がん その他 ( )

⑨ 現在飲んでいるお薬はありますか？ご記入いただかず、お薬手帳をお持ちであればご提示ください。

ない · ある ( )

⑩ 喫煙、飲酒について教えてください。

喫煙：吸わない 吸う ( 本／日 × 年)

禁煙した ( 年前から。それまで 本／日 × 年)

飲酒：飲まない 飲む (週 日、種類・量： )

⑪ 食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか？

ない · ある ( )

⑫ 女性の方のみご記入ください。

現在（妊娠 週・授乳中・妊娠の可能性がある） · 該当なし

⑬ この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ はい · いいえ

⑭ 65歳以上の方は必ずご記入ください。介護認定を受けていますか？

いない · いる 要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5）

●紹介状・CD-R・身体障害者手帳をお持ちの方・外出を希望される方は受付に申し出て下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ををお願いいたします。

◆医療情報取得加算 1点