

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tent 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？ご記入いただくか、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・妊娠の可能性が有る) ・ 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お願いいたします。

◆医療情報取得加算 1点