

脳神経外科 問診票

カルテNo: _____

日付: _____

フリガナ		男・女	生年月日	1明治・2大正・3昭和・4平成・5令和	
氏名				年	月
住所	(〒 -)	電話番号	自宅()	-	
			携帯()	-	続柄()

1.いつからどのような症状がありますか？

(体温: _____ °C)

いつから: _____ 年 _____ 月 _____ 日ころから

どのような症状: ・頭痛 ・めまい ・ふらつき ・しびれ ・頭を打った

・手に力が入らない(左・右) ・足に力が入らない(左・右)

その他 (_____)

2.現在、他院で治療中のご病気はありますか？

・ない ・ある 病名: _____

3.現在、他院で処方されているお薬はありますか？

・ない ・ある

※お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちでない方はお申し付けください。

4.薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？

・ない ・ある 食べ物や薬の種類: _____

5.嗜好品について

タバコを吸いますか? いいえ・はい _____ 本/日くらい

お酒を飲みますか? いいえ・はい 日本酒 合/日 ・ビール ml/日 ・焼酎 杯/日

6.ご家族に下記のご病気の方はいらっしゃいますか？

 いない 脳梗塞 心疾患 生活習慣病 その他(_____)

7.女性の方にお伺いします。現在妊娠中や授乳中、又は妊娠の可能性はありますか？

・ない ・ある

8.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？

・はい ・いいえ

9.他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

・はい ・いいえ

10.これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

・はい ・いいえ

はいの方はご記入願います。(病名、時期、医療機関名、治療内容などわかる範囲で記載してください。)

[_____]

11.この1年間で健診(特定検診、高齢者検診に限る)を受診しましたか？

・はい ・いいえ

はいの方はご記入願います。(受診時期、指摘事項など分かる範囲で記載してください。)

[_____]

12.当院は基本的にお名前でお呼びいたします、何かございましたらお申し付けください。

(個人情報保護法施行のため)

13.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。