

脳神経外科問診票

自宅用

受診日	ID	氏名	性別	男 女
紹介状	無	有	生年月日	年 月 日 歳
携帯電話	身長: cm 体重:			
本人				
家族(続柄)				

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか? はい いいえ

次に、受診理由をお聞かせ下さい。

① いつから

今日 昨日 不明 () 前頃から

発症日の分かる方は日付を右へ記入して下さい。 () 月 () 日

② 原因

転倒 転落

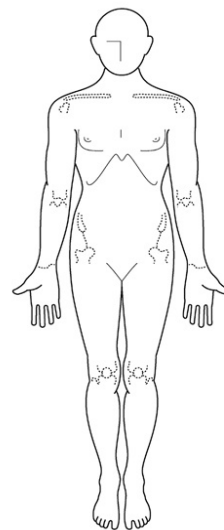
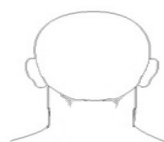
ぶつけた 不明

その他 ()

③ 症状

④ 症状のある部位に○を付けて下さい。

- ・頭痛
- ・呂律障害
- ・回転するめまい
- ・ふわふわするめまい
- ・頭をうった
- ・しびれ(左 腕・足 / 右 腕・足)
- ・脱力感(左 腕・足 / 右 腕・足)



その他

()

⑤ 現在 他の医療機関へ通院されている方は下記へご記入をお願いします。

医療機関名: ()

受診日: (年 月 日頃より) 治療内容: 投薬 ・ 注射 ・ 処置

診断名: ()

既往歴: 糖尿病 高血圧 緑内障 白内障 心疾患

喘息 潰瘍 脳疾患 肝疾患 肺疾患

その他 ()

裏面へ続く

⑥ 入院・手術を要する病気にかかったことがありますか？ 無 有
病名を（ ）内に記入して下さい。

()

⑦ 内服薬 (お薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきますのでご提示お願い致します)

無 有 (薬剤名・用量)

そのお薬はいつ頃から服用されていますか？

()

⑧ 薬のアレルギーはありますか？

無 有 (薬剤名： 症状：)

⑨ 食物アレルギーはありますか？

無 有 (食品名： 症状：)

⑩ 1年以内に健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ はい いいえ

【受診された方】

受診時期はいつ頃ですか？ : 年 月 日

指摘事項はありましたか？ : 無 ・ 有 ()

⑪ 造影剤を使用した検査を行った事がありますか？ 無 有

⑫ 体内に金属・人工物を埋め込んでいませんか？ 無 有

⑬ 心臓ペースメーカーを装着していませんか？ 無 有

⑭ 入れ墨・タトゥーは入っていませんか？ 無 有

⑮ 女性の方にお伺いします。

・ ご妊娠されているまたはその可能性がありますか？ 無 有

・ 現在授乳中ではないですか？ 無 有

⑯ お酒は飲みますか。 ・ 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む 1回量 ml

⑰ タバコは吸いますか。 ・ 吸わない ・ 吸う (本/日 年間)
・ 以前は吸っていた (本/日 年間)

当院では診療情報を取得・活用する事により、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致します。

※順番が来ましたら受付番号にて呼び致しますので待合室から離れる際には
受付へお声がけ下さい。