

脳神経内科問診票

患者番号

氏名 _____ (_____ 歳) 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 体温 _____ 度 血圧 _____ 脈拍 _____

1. 本日、ご相談になりたい症状について、具体的に(いつから、どこに、どんな症状があるか)教えてください。

(書ききれない時は裏面に記入してください)

2. これまでどんな病気といわれたことがありますか？

あてはまる病気があれば○で囲んでください。

・認知症・高血圧・脳卒中・心臓病・不整脈・糖尿病・甲状腺疾患・腎臓病・緑内障・結核

・がん(部位 _____)

・その他(_____)

3. 現在通院している病院、クリニックがありますか？ はい・いいえ

【病院名 _____ /科 _____ /病名 _____ 】

4. 現在服用中のお薬はありますか？ はい・いいえ

【薬剤名 _____ /お薬手帳 有・無 _____ 】

5. 他院で入院(日帰り含む)されたことはありますか？ はい・いいえ

【病院名 _____ /入院期間 _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃】

6. 現在他院に入院中ですか？ はい・いいえ

【病院名 _____ /いつから _____ 年 _____ 月 _____ 日】

7. 今までに薬のアレルギーはありますか？ はい【薬品名 _____ 】・いいえ

8. サプリメント、健康食品は使用していますか？ はい【品名 _____ 】・いいえ

9. 血縁の方に下記の病気はありますか？ はい・いいえ

あてはまる病気があれば○で囲み、() 内に続柄を記入してください。

・認知症 (_____) ・高血圧 (_____) ・脳卒中 (_____)

・心臓病 (_____) ・糖尿病 (_____) ・甲状腺 (_____)

・腎臓病 (_____) ・緑内障 (_____) ・結核 (_____)

・がん (_____ 部位 _____)

・その他 (_____)

裏面あります

10. 食欲 ある・ない

11. 最近の体重変化 ある【+／－ kg】 ・ ない

12. 便秘 週 回または1日 回 (固い ・ ふつう ・ 下痢)

13. 喫煙 吸う【 歳から 本／日】・吸わない・やめた【 年 月頃】

喫煙状況 紙巻タバコ (種類:) (一日使用数: 本× 年)

加熱式タバコなど (種類:) (一日使用数: 本× 年)

電子タバコの使用有無 (有り ・ 無し)

★紙巻きタバコと他のタバコを併用している場合、すべてご記入をお願いします。

禁煙状況: (年前／ ヶ月前／ 日前 ~ 禁煙している)

受動喫煙状況: 同居者で喫煙している人はいますか?

はい (喫煙者の続柄:) ・ いいえ

14. アルコール 飲む【酒 合／日 ・ ビール 本 ・ 焼酎 合／日】

飲まない

やめた

15. 6ヶ月以内に渡航しましたか? いいえ・はい

『はい』の方【国名 / 期間 年 月 日 ~ 年 月 日】

16. 女性の方 妊娠 している ・ していない ・ 不明

月経 順調 ・ 不順 ・ 閉経後

17. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? いいえ・はい

18. 他の医療機関からの紹介状はありますか? いいえ・はい (医療機関名:)

19. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診していますか?

いいえ・はい (受診時期: 指摘事項:)

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。

* ご本人が症状を伝えられない場合は、付添いの方の同席をお願いします。