

# 脳神経外科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 本日の受診目的は何ですか？

頭痛 頭が重い めまい 目が見にくい 耳鳴り 耳が聞こえにくい

麻痺 言葉がしゃべりにくい 歩きにくい 手足のしびれ

けいれんを起こした 意識がなくなった 物忘れがある 顔面の痛み 顔面のけいれん

頭を打った(交通事故・転倒・転落・殴られた)→( 月 日 時頃)

その他( \_\_\_\_\_ )

2) それはいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ ころ)

3) 現在、病院・医院などにかかっていますか？

いいえ はい 病名 \_\_\_\_\_ 病院(医院) \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 病院(医院) \_\_\_\_\_

4) 今まで、手術や、入院をしたことはありますか？

いいえ はい 病名 \_\_\_\_\_ 病院(医院) \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 病院(医院) \_\_\_\_\_

5) 現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい どのような薬ですか？

6) 薬や、食べ物でアレルギーが起こったことはありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

7) 血縁者で脳卒中、高血圧、糖尿病、喘息、結核、癌、肝臓病などの方はいますか？

いいえ はい だれがどんな病気ですか？

8) たばこ 吸わない やめた 吸う 本/日 年間

アルコール 飲まない 飲む

9) 海外渡航歴はありますか？

いいえ はい ( 6ヶ月以内 6ヶ月より前 どこに? \_\_\_\_\_ )

10) (女性の方に) \*現在妊娠中ですか？ はい いいえ

\*現在授乳中ですか？ はい いいえ

11) 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

12) 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: \_\_\_\_\_ )

13) 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: \_\_\_\_\_ )

14) 前もって話しておきたいことがあれば、記入してください。

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。