

脳神経外科・脳神経内科 問診票

記入日

令和 年 月 日

ID: _____

身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____

男

生年月日

氏名 _____

女

年 月 日 (歳)

住所: _____

電話番号: (自宅) _____
(携帯) _____

当クリニックは診療情報を取得・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。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

■ 受診の主な理由に○をつけてください それはいつからですか？

- 1) 脳梗塞、脳出血が心配 2) 脳動脈瘤が心配 3) 頭の怪我が心配
4) 頭痛 5) めまい 6) しびれ 7) 物忘れ 8) 歩きにくさ
9) その他 ()

それはいつからですか？

■ 現在、他の病気で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は病名を記載してください

()

■ 下記の病名に当てはまる方は○をつけてください。

脳疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 心疾患 ・ 肺疾患 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患

■ 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は病名を記載してください

()

■ 嗜好品についてお答えください

たばこ; _____ 本/日 アルコール; _____ /日

■ アレルギーの有無についておこたえください

ぜんそく (はい ・ いいえ)、 食物 (はい ・ いいえ)、 薬剤 (はい ・ いいえ)

■ レントゲン、CTを行うことがありますか、妊娠している可能性がありますか？ (女性の方のみ)

(はい ・ いいえ)

■ この一年で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか (はい ・ いいえ)

いつ頃: _____

指摘事項: _____

ご協力ありがとうございました。

順番がきましたらお呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan