

脳神経外科受診の方へ (わかる範囲でご記入下さい。) 来院日 _____

氏名 _____ 年齢 _____ 才 男 ・ 女 _____ 職業 _____

紹介状の有無：有 ・ 無 _____ マイナ保険証による情報取得の可否：可 ・ 否 _____

(1)本日はどのような事があり受診されますか？ (今までにあった症状などを御記入下さい。)

けいれん・意識消失・高い発熱・外傷 (事故) ・その他

月 _____ 日 _____ ごろ

現在どのような症状がありますか？ (○で囲んで下さい。)

頭痛の部位：前・後・左側・右側・前頂・目の奥・頭全体

痛み方 ガンガン・ジーン・ザクザク 頭重感

持続時間 _____ どんな時に _____

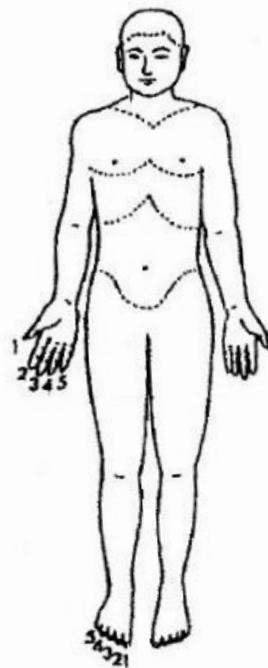
首の痛み・肩こり・めまい・ふらつき

手の脱力 (右・左) ・手のしびれ (右・左)

足の脱力 (右・左) ・足のしびれ (右・左)

嘔気 (むかつき) ・嘔吐 (吐くこと) ・耳鳴り

しゃべりにくい・物が二重に見える・症状なし



(2)上記の事で他の病院 (医院) を受診されましたか？

はい _____ 病院 (医院) 名 _____ いいえ _____

検査・処置内容 _____

診断名 _____

(3)現在、他の病気で病院 (医院) へ通院されていますか？

はい _____ 病院 (医院) 名 _____ いいえ _____

病名 _____

いつ頃からですか？ _____

(シビレの場所を御記入下さい)

(4)今までにかかった大きな病気、手術、ケガがあれば御記入下さい。

はい _____ いいえ _____

(5)1年以内に特定健診や高齢者健診を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

(6)血圧に異常があるといわれた事がありますか？ はい (高い・低い) ・ いいえ

(7)アレルギー体質ですか？ はい (喘息・薬物・食物・その他 _____) いいえ

(8)喫煙はされますか？ はい _____ / 日 _____ いいえ _____

(9)飲酒はされますか？ はい _____ / 日 _____ いいえ _____

(10)検査を希望されますか？ はい _____ いいえ _____

(11)この病院を選ばれた理由があれば御記入下さい。 _____

(12)妊娠中、妊娠の可能性 あり _____ なし _____

(13)身長 _____ c m ・ 不詳 _____ 体重 _____ k g ・ 不詳 _____

(14)1ヶ月以内に予防接種をしましたか？ はい (種類) _____ いいえ _____

(15)コナクチン接種 最終接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 接種回数 _____ 回 未接種 _____ 不明 _____

(16)未接種・不明理由 (_____)

(17)半年以内の海外渡航歴 (あり ・ なし) ⇒ありの場合 いつ頃： _____ 場所： _____

洛西シミズ病院 外来

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致します。

受付	看護師	担当医