脳神経外科問診票

受診日　：

氏名　：　　生年月日　：

性別　：　　年齢　：

受診事由（該当に○をして下さい）
1 交通事故
2 業務中もしくは通勤途上
3 上記以外

1）調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？症状について詳しくご記入下さい。	

2）現在どのような状態（症状）がありますか？

□ 頭痛　（ 部位：□ 前　□ 後ろ □ 左　□ 右　□ 全体 □ 目の奥 □ 顔面部 ）

（ 痛み方：□ ズキンズキン □ キリキリ □ 何かがかぶさった痛み □ 割れそうに痛い ）

□ 手足がしびれる □ 力が入りにくい □ 歩きにくい □ 耳鳴りがする □ 吐き気がある

□ 天井が回るようなめまいがある □ ふわふわする、頭が吸い込まれるような気がする

□ 物がだぶって見える □ 眠れない □ ひきつけを起こした

□ その他（　　）

3）現在、他の医療機関に通院されていますか？　□ はい　□ いいえ

医療機関名（　　）　受診科目（　　）

医療機関名（　　）　受診科目（　　）

4）現在服用しているお薬		□ なし

5）今までにかかった病気、かかっている病気はありますか？

□ 高血圧 □ 糖尿病 □ 心臓の病気 □ コレステロールが高い □ タバコを吸う □ 頭の事故

□ 大きな手術（　　）

□ その他　（　　）

6）精密検査を希望されますか？

□ はい

□ いいえ

□ 必要があれば

7）この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ □ はい　□ いいえ

8）女性の方のみご記入下さい。

・ 現在、妊娠していますか？　□ はい（　ヶ月）□ いいえ

・ 現在、授乳中ですか？　□ はい　□ いいえ

・ 現在、生理中ですか？　□ はい　□ いいえ

9）宗教上の理由により輸血を拒否されますか？

□ はい　□ いいえ

10）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

○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。

ID　：

問診入力者　：