

◀ 神経内科

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 / 身長 cm / 体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. いつからですか？	
2. 症状	<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 水便 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 黒色便 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 健診異常 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 部位（場所）はどこですか？	
4. かかりつけ医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名 ()
5. 現在服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ()
6. かかった事がある、 または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
7. 過去に手術の有無および時期	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期 ()
8. 過去の手術病名	
9. 血縁者の病気	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> わからない
10. 本人へ病名を告知して良いか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
11. 告知相談者	
12. 薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ()
13. 食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品名 ()
14. 月経	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 (歳頃)
15. 最終生理	月 日から 月 日まで
16. 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中
17. 煙草	<input type="checkbox"/> 全く吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている 1日 本を 年間
18. 酒類	<input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 飲んでいて <input type="checkbox"/> 飲んでいる 1日ビール 本 清酒 合
19. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ