

受付時間

予約時間

紹介状 有 ・ 無

体温

脳 神 経 外 科 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	年齢 歳	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
お名前	様			
ご住所	〒 -	電話	-	-
		携帯	-	-
		緊急 連絡先	-	-
				身長 cm 体重 kg

1. どのような症状で来院されましたか？

- 頭痛 めまい 吐き気 ふらつき 力が入らない 麻痺 しびれ
痛み 体のふるえ 口のもつれ 頭のケガや傷 頭をぶつけた
他医からの紹介 その他 ()

2. その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日から)

3. 現在、通院している医療機関はありますか？

科: いいえ はい → (医療機関名: 診療

5. 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

いいえ はい → (病院名)

6. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気があればお答えください。

- 特になし 高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃かいよう 心臓病 腎臓病 肝臓病
リウマチ 脳梗塞 痛風 その他 ()

7. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい → (食べ物) (薬)

8. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

9. 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

いいえ はい → 脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 (どなたが:)

10. 下記で該当するものはありますか？

- なし ペースメーカー ステント 脳動脈瘤クリップ 人工内耳 補聴器 人工弁
インプラント 歯列矯正 ブリッジ 磁石を使った義歯 刺青
シャント (手帳 有・無) その他 ()

11. 検査のためにお聞きします。

閉所恐怖症ですか？ いいえ はい わからない今までMRの検査を受けたことはありますか？ いいえ はい

12. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- バス広告 ホームページ かかりつけの病院からの紹介 知人からのすすめ
その他 ()

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。

マイナ保険証で受付をされた方へ

 私はマイナ保険証による診療情報取得に同意します