

脳神経外科問診票 《自身の連絡先》

年 月 日

(携帯)

(自宅)

(氏名)

(年齢) 歳

(性別) 男 ・ 女

(住所)

※該当する項目・質問にレ印や○でお答えください。 ※記入する箇所は覚えている範囲でお答えください。

※文字が見づらい/手が震える/具合が悪い/外傷等でお困りの方は、お手伝いしますので職員に遠慮なくお声掛け下さい。

① 今回の症状について、いつからと該当の症状にレ印をお願いします。

(年 月 日 時頃)

- 頭や顔を打ってケガをした。 頭痛がする、又は頭が重い感じがする。
 急に意識を失ったり、気が遠くなった。 しゃべりにくい、又はろれつが回らない。
 めまいがする(□グルグル回る感じ ・ □体が揺れている感じ)
 手足がしびれる・力が入らない・痛みがある・ふるえる。
 左右どちらかの顔が動かしづらい・口に含んだ液体が漏れる・顔がびくびくする。
 物が二重に見える・物の見える範囲が狭くなった・目の前が暗くなった。
 その他
今も、その症状は続いていますか？ はい いいえ

② 現在、当院または他の医療機関に通院されていますか？

- いいえ
 はい(当院 他院 《診療科： 内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他 》)

※「はい」の方は下記の該当病名を○で囲んでください。

脳梗塞 脳出血 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脂質異常症 消化性潰瘍 白内障
緑内障 喘息 片頭痛 悪性腫瘍 その他()

・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？

- いいえ はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

③ 現在、服用中のお薬はありますか？

- いいえ はい ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提出をお願いします。

(薬剤名 :)

④ お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし あり 薬剤名・食べ物() 症状()

★2枚目に続きます

⑤今まで、大きな病気で手術を受けたことはありますか？

なし あり(病名: _____)(手術名: _____)(_____ 歳頃)

⑥両親・兄弟・祖父母に下記の病気の方はいらっしゃいますか？レ印をつけてください。

脳動脈瘤 クモ膜下出血 脳梗塞 脳出血 脳腫瘍 高血圧
頭痛/片頭痛 癌 糖尿病 心臓疾患

⑦飲酒・喫煙の頻度を教えてください。

・飲酒 飲まない 飲む(_____ 歳～ _____ ml/日)

・喫煙 吸わない 吸うor吸っていた (_____ 本/日)

現在 (_____ も喫煙 ・ _____ は禁煙【 _____ 年前から 】) している。

何歳から喫煙し始め、何歳までしていましたか？ (_____ 歳から _____ 歳までor現在まで)

⑧検査の為にお聞きします。

・閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

・頭の検査を受けたことはありますか？ いいえ はい(CT MRI)

・刺青(入れ墨・外ウー)はありますか？ いいえ はい

・歯の詰め物以外で、体内に金属を埋め込んでいますか？ いいえ はい

心臓ペースメーカー 血管ステント 心臓人工弁 歯科インプラント

骨折手術の固定金属 その他(_____)

・数年以内に健康診断を受けたことがありますか？ いいえ はい

「はい」の場合、最後に受けたのはいつ頃ですか？ (_____ 年 _____ 月頃)

以下、閉経前の女性の方のみお答えください。

・現在、妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

⑨該当する女性の方にお聞きします。現在、月経周期のどの辺りですか？

頭痛/片頭痛などに関連する可能性もありますので、該当箇所レ印をつけてください。

生理直前 生理中 生理直後 それ以外

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ 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おります。
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。

◆医療情報取得加算 (初診時) 1点

◆医療情報取得加算 (再診時3月に1回) 1点