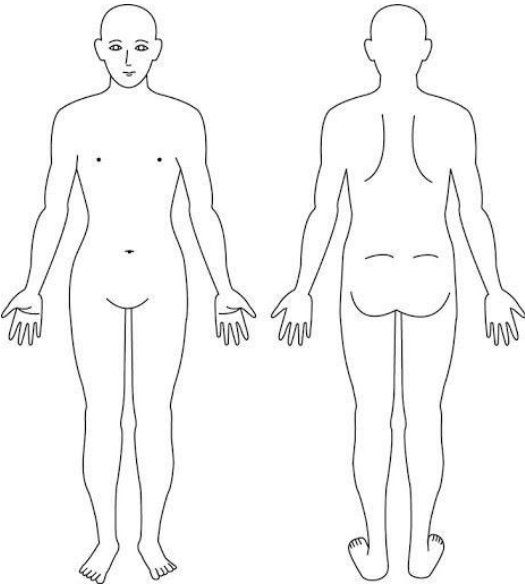


# 脳神経外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			S・H・R	年	月	日
住所	〒					
電話番号						

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 重い</p> <p><input type="checkbox"/> 手足に力が入らない <input type="checkbox"/> 手足のふるえ <input type="checkbox"/> 手足が勝手に動く <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 口がもつれる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい</p> <p><input type="checkbox"/> 言葉が出ない <input type="checkbox"/> 倒れた <input type="checkbox"/> 意識を失った <input type="checkbox"/> けいれん</p> <p><input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> ボーッとしている <input type="checkbox"/> 様子がおかしい</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 頭をぶつけた</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約( ) 日・週間・ヶ月・年前 から</p>	
<p>症状は、発症時とくらべて、どのように変化していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 徐々に良くなっている <input type="checkbox"/> 徐々に悪くなっている <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったりする</p>	
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>( )</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>( )</p>	
<p>本日、お薬手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お持ちの方は受付にお渡してください</p>	
<p>喫煙：<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日 × 年間)</p> <p><input type="checkbox"/> 禁煙した ( 年前から。それまで喫煙 ( 本/日 × 年間) )</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ( )</p>	
<p>食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>( )</p>	

体内に何か金属が入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
頭の検査をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 頭部 CT <input type="checkbox"/> 頭部 MRI	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 )	
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ( )	
マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っていない	
他の医療機関からの紹介状を持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、他の医療機関に通院していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいとお答えの方は以下の内容にご記入ください 医療機関名： 受診日： 治療内容：	
この一年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受診しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※マイナ保険証による取得に同意した方は記載の省略可能 受診時期： 指摘事項：	

当該医療機関はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)です。

マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用することを推奨いたします。

※ご協力ありがとうございました。

柏脳神経外科クリニック