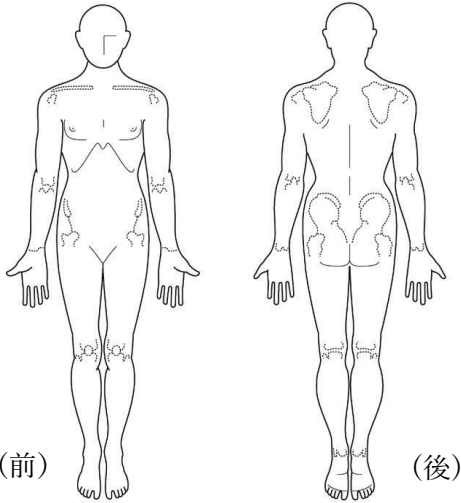


# 問診票（脳神経外科）

フリガナ  
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<p>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。</p>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
3	<p>本日はどうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>検査を希望</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>頭のケガ</p> <p><input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>呂律がまわらない</p> <p><input type="checkbox"/>物忘れ <input type="checkbox"/>手足のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけてください。</p>  <p>(前) (後)</p>
4	<p>いつ頃からその症状はでましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>本日 ( 時頃から)</p> <p><input type="checkbox"/>昨日</p> <p><input type="checkbox"/>2～3日前</p> <p><input type="checkbox"/>1週間前</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( 月 日頃)</p> <p><input type="checkbox"/>不明</p>	
5	<p>きっかけ・原因はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>転倒・転落 <input type="checkbox"/>交通事故</p> <p><input type="checkbox"/>特になし・不明</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	
6	<p>現在治療中、または今までかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脳血管障害 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>喘息</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>手術 ( 年 月 ) の手術： 病院)</p>	
7	<p>現在通院中、または今までに精神科・心療内科に受診したことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (診断名： )</p>	
8	<p>現在内服している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p>	
9	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬 ( ) 食べ物 ( )</p>	
10	<p>この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期 ( ) 指摘事項 ( )</p>	
11	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (施設名： )</p>	
12	<p>女性の方のみお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( ) 週</li> <li>● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</li> </ul>	