

〈脳神経外科問診票〉

名前 _____

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ
この1年間で健診（特定検診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？はい いいえ
はいの方→（受診時期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 指摘事項 _____ ）

1. 本日受診される主な症状に✓をつけてください。

- 頭痛 めまい しびれ（部位： _____ ） 呂律が回らない 物忘れ
力が入らない 耳鳴り・頭鳴り 物が見えにくい 意識消失
頭を打った（交通事故ですか？ はい・いいえ）（工作中ですか？ はい・いいえ）
他の症状（ _____ ）

2. いつからですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃から

3. 現在他の医療機関に通院されていますか？

- いいえ はい（通院先 _____ ）（病名 _____ ）

4. 3ではいとお答えの方は、現在服用しているお薬はありますか？ はい いいえ

●はいの方お薬手帳はありますか？

ある→受付に提出して下さい（マイナ保険証による情報取得同意の方は直近1か月以内の処方があれば提出は不要です）

ない→お薬の名前を記入して下さい。（ _____ ）

5. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

- いいえ はい（薬の名前： _____ 食品の名前： _____ 症状： _____ ）

6. これまでにかかった病気はありますか？

- いいえ 高血症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 喘息 緑内障 消化性潰瘍
心疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞） その他（ _____ ）

7. 今までに手術をしたことがありますか？

- いいえ はい（手術名または部位： _____ いつ頃： _____ ）

8. 体内に人工物を入れていますか？

- いいえ ステント 人工弁 人工内耳 脳動脈瘤クリップ ペースメーカー その他（ _____ ）

9. 両親・兄弟姉妹・祖父母の下記の病歴の方がいますか？

- いいえ 脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血（だれが： _____ ）

10. 現在、過去含め喫煙歴はありますか？ いいえ はい11. お酒は飲みますか？ いいえ はい

12. 女性の方のみにお聞きます。現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中 授乳中 わからない