

問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ
お名前 _____ 性別 (男・女)

生年月日 (大 昭 平 令) 年 月 日 ご職業 _____

郵便番号 〒 _____ ご住所 _____

TEL (自宅電話) _____ (携帯電話) _____

(緊急時電話番号) _____ (続柄: _____)

マイナ保険証を利用する方はを入れてください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。

他の医療機関からの紹介状 無 ・ 有

今日は、どのような症状で来院されましたか。

(いつから) _____

(どのような症状) _____

・ これまでに本院以外の脳神経外科を受診された事がありますか。

いいえ はい (_____ 年頃) (病名 _____)

・ これまでに次の病気をされたことがありますか。

いいえ はい 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 脳腫瘍 ぜんそく 心臓病
肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 結核 前立腺肥大 緑内障 うつ病
その他 (_____)

・ 現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。

いいえ はい 高血圧症 高脂血症 糖尿病 その他 (_____)

・ アレルギー(薬・食品・その他)はありますか。

なし あり (_____)

・ これまでに手術をされたことがありますか。

いいえ はい (_____ 年 病名: _____)

・ 嗜好についてお答えください。

煙草は 吸う (一日 _____ 本) 吸わない (_____ 歳頃) やめた
お酒は 飲む (毎日・週 _____ 回) 飲まない

・ 利き手はどちらですか。 右 左

・ 女性の方は以下の質問にお答えください。

現在、妊娠中ですか。 はい 可能性あり いいえ

現在、授乳中ですか。 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。