

脳神経外科問診表

医師確認欄

診療日 年 月 日

【お名前】 _____ 【性別】 男・女 _____ 【職業】 _____

【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 (歳) 【きき手】 右・左 _____

《あてはまるところにレ点をつけてください。》

1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した 同意していない マイナ保険証を利用していない

2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

持っている 持っていない

3. 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？

受けている 受けていない

4. どのような症状ですか？

頭が痛い (おもい) 首が痛い (おもい) はき気がする (吐いた) めまいがする
 肩がこる (右・左) 手足が動きにくい・しびれている けいれんした
 言葉をしゃべりにくい 物忘れする その他 ()

5. 症状は、いつからどのように始まりましたか？

今日 昨日 2日前 3日前 1週間前 2週間前 1ヶ月前
 突然起こった だんだん起こってきた

6. 症状は、変化していますか？

変わらない 悪くなっている

7. 今回の症状について、ほかの病院(医院・診療所)を受診しましたか？

受診していない

受診した… _____ 病院 (医院・診療所) 病名…

薬を 飲んでいいる 飲んでいない

8. 現在、他の病院(医院・診療所)で治療を受けていますか？

病院 (医院・診療所) … _____ 病名…

薬を飲んでいいる (おくすり手帳を見せてください) 飲んでいない

9. いままでにかかった病気をおしえてください。

高血圧症 高脂血症 糖尿病 脳こうそく 心臓の病気 ぜんそく
 骨折 その他 ()

10. いままでに入院や手術をしたことがありますか？ あり・ なし

『あり』の方は、いつ頃どのような病気で入院や手術をされましたか？

11. おくすりや食べ物などのアレルギーはありますか？ なし・ あり []

12. 生活習慣について

【お酒】 飲む 1日 _____ 杯 飲まない / 【タバコ】 吸う 1日 _____ 本 吸わない

13. 女性の方にお伺いします。 妊娠の可能性 あり・ なし 『あり』の方⇒妊娠週数 _____ 週

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)