

脳神経外科問診票

年 月 日

ふりがな
(氏名)

(住所)

(生年月日) T・S・H・R 年 月 日 (年齢) 歳 (性別) 男・女

《ご自身の連絡先》 (携帯) (自宅)

※該当する項目・質問にレ印や○でお答えください。
※記入する箇所は覚えている範囲でお答えください。
※文字が見えづらい／手が震える／具合が悪い／外傷等でお困りの方は、お手伝いしますので職員に遠慮なくお声掛け下さい。

①今回の症状について、いつからと該当の症状にレ印をお願いします。

(年 月 日 時頃)

- 頭や顔を打ってケガをした。 頭痛がする、又は頭が重い感じがする。
 今、頭が痛い シャベリにくい、又はろれつが回らない。
 急に意識を失った、気が遠くなった。
 めまいがする (グルグル回る感じ ・ 体が揺れている感じ)
 手足がしびれる・力が入らない・痛みがある・ふるえる。
 左右どちらかの顔が動かしづらい・口に含んだ液体が漏れる・顔がびくびくする。
 物が二重に見える・物の見える範囲が狭くなった・目の前が暗くなった。
 その他
今も、その症状は続いていますか？ はい いいえ

②現在、当院または他の医療機関に通院されていますか？

- いいえ
 はい (当院 他院 《診療科：内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他》)
※「はい」の方は下記の該当病名を○で囲んでください。
脳梗塞 脳出血 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脂質異常症 消化性潰瘍 白内障
緑内障 喘息 片頭痛 悪性腫瘍 その他 ()
・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？
 いいえ はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

③現在、服用中のお薬はありますか？

- いいえ はい ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提出をお願いします。
(薬剤名：)

④お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし あり 薬剤名・食べ物 () 症状 ()

⑤今まで、大きな病気で手術を受けたことはありますか？

- なし あり

★裏面に続きます

⑥両親・兄弟・祖父母に下記の病気の方はいらっしゃいますか？レ印をつけてください。

- 脳動脈瘤 クモ膜下出血 脳梗塞 脳出血 脳腫瘍 高血圧
頭痛／片頭痛 癌 糖尿病 心臓疾患

⑦飲酒・喫煙の頻度を教えてください。

- ・飲酒 飲まない 飲む（ 歳～ ml／日）
・喫煙 吸わない
吸う（ 歳から 現在まで 本／日）
吸っていた（ 歳から 歳まで）

⑧検査の為に聞きします。

- ・閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
・頭の検査を受けたことはありますか？ いいえ はい（CT MRI）
・刺青（入れ墨・タトゥー）はありますか？ いいえ はい
・歯の詰め物以外で、体内に金属を埋め込んでいますか？ いいえ はい
心臓ペースメーカー 血管ステント 心臓人工弁 歯科インプラント
骨折手術の固定金属 その他（ ）
・数年以内に健康診断を受けたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合、最後に受けたのはいつ頃ですか？（ 年 月頃）

以下、閉経前の女性の方のみお答えください。

- ・現在、妊娠中ですか？ はい いいえ 不明
・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

⑨該当する女性の方にお聞きします。現在、月経周期のどの辺りですか？

- 頭痛／片頭痛などに関連する可能性もありますので、該当箇所にレ印をつけてください。
生理直前 生理中 生理直後 それ以外

⑩当院での検査を希望されますか？

- いいえ
はい ※「はい」の方は下記の検査項目にレ印をつけてください。
MRI CT ABI（血圧脈波検査） 診察時相談

検査費用目安

頭部 MRI	頭部 CT
3割 5,700 円	4,410 円
2割 3,800 円	2,940 円
1割 1,900 円	1,470 円

⑪お薬が処方される場合、形状の希望はありますか？

- 粉 錠剤 カプセル シロップ

⑫当院を来院されたきっかけは何ですか？

- 知人 ホームページ・インターネット 新聞・チラシ その他（ ）

⑬マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ 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おります。
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。

- ◆医療情報取得加算（初診時） 1点
◆医療情報取得加算（再診時3月に1回）1点