

おゆみの中央病院 脳神経外科 問診票

I	D		性別	受診日	年	月	日
ふ	り	が	な	記入者	☐ 本人 ☐ 本人以外		
氏	名		男・女	記入者氏名： 本人との続柄：			
生	年	月	日	大正・昭和・平成	年	月	日
				(歳)		身長	cm
						体重	kg
※当院記入欄		国保 社保 自賠責 (あり・なし) 労災 学校保健 受給券 自費					

下記の質問にご回答ください。

1. どんな症状で受診されたか理由をご回答ください（複数回答可）

- ☐ 頭痛
 ☐ ふらつき
 ☐ 頭部打撲
 ☐ その他 ()
☐ 健診で受診を勧められた

2. いつ頃から症状が出てきましたか？ () 頃から

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

- ☐ いいえ
 ☐ はい (医療機関名：)

4. 今までにかかった病気、けが、手術歴、または現在、治療中の病気はございますか？

- ☐ いいえ
 ☐ はい (下記該当するものにチェックをしてください)

☐ 高血圧
 ☐ 高脂血症
 ☐ 狭心症
 ☐ 心筋梗塞
 ☐ 脳梗塞
 ☐ 腎臓病
 ☐ 糖尿病
 ☐ 痛風

☐ 胃潰瘍
 ☐ 喘息
 ☐ 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒)
 ☐ がん ()

☐ けが ()

上記で治療中の医療機関がございましたらご回答ください。

(病名：) (医療機関：)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐ あり (お薬手帳の持参 ☐ あり ☐ なし)

☐ なし

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

【裏面に続きます】

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐ある 薬（ ）食べ物（ ）

7. 心臓ペースメーカーを使用されていますか？

☐いいえ ☐はい（医療機関名： ）

8. 喫煙について伺います。

☐もともと吸わない

☐禁煙した（ ）歳 それまでは（ ）本/日 を（ ）年間（ ）

☐喫煙中（ ）歳 から（ ）本/日（ ）

9. アルコールについてご回答ください。

☐飲まない ☐時々飲む（ ）回/月（ ） ☐よく飲む（ ）回/週（ ）

（ビール（ ）ml/回、酒（ ）合/回、焼酎（ ）ml/回、その他（ ）ml/回（ ）

10. 女性の方のみご回答ください。

妊娠中ですか？ ☐いいえ ☐はい（ ）ヶ月（ ） ☐わからない 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

11. 1週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐いいえ ☐はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

12. 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。

マイナ保険証を ☐持っている ☐持っていない

13. ケアマネジャーはいらっしゃいますか？

☐いいえ ☐はい ☐わからない

介護度（要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5）

14. 当院を何でお知りになりましたか？

☐ご家族 ☐お知り合い ☐他院より紹介 ☐看板 ☐ホームページ ☐SNS 等

☐その他（ ）