

# 脳神経科問診用紙

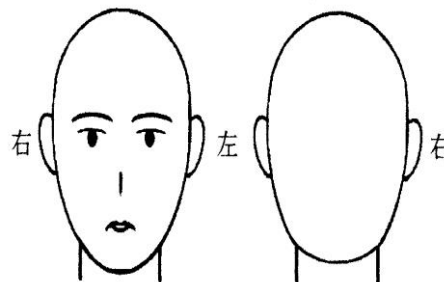
来院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 身長 ( \_\_\_\_\_ )cm  
体重 ( \_\_\_\_\_ )kg

(症状があるところに斜線を引いてください)

1. 今日どのような症状がありますか？

- ・頭が痛い
- ・手足に力が入らない(右・左)
- ・出血している
- ・手足がしびれる(右・左)
- ・めまいがする
- ・けいれんがあった
- ・吐き気がする
- ・意識が無くなった
- ・物が二重に見える
- ・頭・顔面を打った
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )



2. その症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 頃から

- ・急に悪くなった
- ・徐々に悪くなった

3. 今回の原因は何ですか？

- ・自己による打撲
- ・交通事故
- ・第三者行為
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？

- ・受けた
- ・受けない

病院名 \_\_\_\_\_

受けた検査 \_\_\_\_\_

飲んだ薬 \_\_\_\_\_

何と言われましたか？ \_\_\_\_\_

5. 今までに罹った病気についてお伺いします。

- ・特にない
- ・高血圧      ある      ない      ・心臓病      ある      ない
- ・糖尿病      ある      ない      ・結核      ある      ない
- ・気管支喘息      ある      ない
- ・その他の病気 ( \_\_\_\_\_ )

6. 今までに手術を受けたことがありますか？      ある      ない

ある方は \_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の手術  
\_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の手術

7. 上記の手術以外で入院したことはありますか？      ある      ない

\_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の病気  
\_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の病気

8. 現在飲んでいる薬がありますか？      ある      ない

ある方は ( \_\_\_\_\_ )

お薬手帳はありますか？      ある      ない

お薬手帳をお持ちの方は、お預かりします。

9. アレルギーはありますか？      ある      ない

ある方は 食べ物( \_\_\_\_\_ )      花粉症      その他( \_\_\_\_\_ )

10. 薬のアレルギーはありますか？      ある      ない

ある方は \_\_\_\_\_

11. タバコを吸いますか？

- ・吸う      \_\_\_\_\_ 本/日 ( \_\_\_\_\_ 歳から)      ・吸わない
- ・以前吸っていた( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日)      ・周りにタバコをすう人がいる

12. お酒を飲みますか？

何を \_\_\_\_\_ どれくらい \_\_\_\_\_  
・飲まない

13. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠している      週 \_\_\_\_\_ 妊娠の可能性がある      妊娠していない  
授乳している      授乳していない

※裏面の記載もお願いします。□

**以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項**

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)  
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
2. 本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
3. 現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)  
医療機関名 ( )  
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ( )
4. 直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？  
受診日 ( ) 指摘事項 ( )

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

**※14～16 は必要時、看護師がお尋ねさせていただきます**

14. 介護認定を受けていますか？ 受けている 受けていない  
受けている方 介護度は 要支援( ) 要介護( )  
担当事業所名 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー 氏名/連絡先 \_\_\_\_\_

訪問看護の利用 利用あり 利用なし

15. 緊急時の連絡先

- ①ご本人との関係( ) 電話番号( )  
②ご本人との関係( ) 電話番号( )

16. 同居のご家族はいますか

いる 配偶者 子( ) その他( )  
独居

※患者様の個人情報、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。