

脳外科外来問診表

患者ID

患者カナ氏名

患者氏名

生年月日

性別

年齢

記録日

年

月

日

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？

☐ いいえ ☐ はい

2. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診されましたか？

☐ いいえ ☐ はい（指摘事項 ）

3. いつから、どのような症状がありますか？ 例：○/△から頭痛 しびれ めまい ふらつき等

〔 〕

4. 今までに、頭のレントゲン検査を受けられたことがありますか？

ない ・ ある （ CT ・ MRI ・ その他 （ ） ）

5. 現在、治療中の病気がありますか？

ない ・ ある （病名 ）（医療機関名 ）

6. 現在、飲まれているお薬はありますか？

ない ・ ある ＊お薬手帳を提示ください。お持ちでない方はご記入ください。

（お薬の名称： ）

7. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか？

ない ・ ある （病名 ）（医療機関名 ）

8. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

ない ・ ある ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 食物のアレルギー ☐ アレルギー性鼻炎

☐ 喘息 ☐ その他（ ）

☐ 薬のアレルギー （薬剤名： ）

【女性のみ】 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？

ない ・ ある 【出産予定日： 月 日】 ・ 授乳中である