

# 問診票

※両面記載となっています

紹介状持参 あり・なし 令和 年 月 日  
お答えできる範囲で結構ですので下記の質問にお答えください。ご本人以外の方が記入しても結構です。

ふりがな		記入者: _____ (続柄 _____)
お名前		

生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	歳
------	-------------	---	---	---	---

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 利き手 ( 右 左 ) \_\_\_\_\_ ご職業: \_\_\_\_\_

本日受診を希望される診療科に○をお付けください

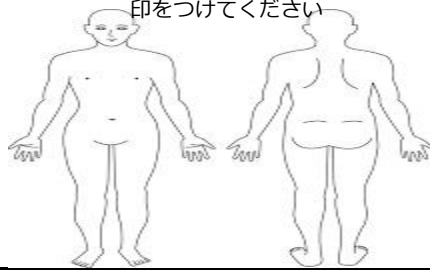
・脳神経外科 ・ 専門外来【 脊髄末梢神経 ・ 頸動脈 ・ モヤモヤ病 】 ・脳神経内科  
・整形外科 ・ 眼科 ・ 耳鼻科 ・ 内科(総合) ・ 循環器内科 ・ 小児神経内科 ・ 外科

1. いつからどのような症状がありますか?【痛みやしびれの場合は、部位もお書き下さい】

いつから【 \_\_\_\_\_ 】  交通事故  転倒  その他

症状【 頭痛 めまい 吐き気 嘔吐 しびれ 】

印をつけてください



自助具はお使いですか?  杖  歩行器・シルバーカー  車椅子

配慮すべき障害はありますか?  聞こえない(難聴)  見えない(盲目・弱視などの目の障害)

2. 今までかかった病気・手術歴はありますか? それはいつ頃ですか?

なし  高血圧 ( \_\_\_\_\_ 年頃)  糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 年頃)  高脂血症 ( \_\_\_\_\_ 年頃)

心臓病 ( \_\_\_\_\_ 年頃)  脳疾患 ( \_\_\_\_\_ 年頃)

その他【病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】 【病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】  
【病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】 【病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】

手術歴【 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】 【 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】  
【 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】 【 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年頃)】

3. 現在、病気で治療を受けていますか?

はいの方 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_  
病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

4. 現在飲んでいる薬はありますか?  あり  なし

\* マイナ保険証からの情報取得に同意した方は、直近1カ月の記載で結構です。

お薬手帳 はお持ちですか

あり

なし →お薬の内容を記載してください

( \_\_\_\_\_ )

※裏面の記入もお願いします

<b>5. 体内に医療用の金属・機械などはありますか？</b>	
<input type="checkbox"/> あり ↓ (下記の当てはまるものにチェックしてください) ↓	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> クリップ (脳・腹部) <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント (脳・心臓・腹部)
<input type="checkbox"/> プレート (脳・骨)	
<input type="checkbox"/> 人工関節 (部位: _____)	<input type="checkbox"/> 外科用金属 (部位: _____)
<input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー <input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 (_____)	
<input type="checkbox"/> 埋め込み型心電図 <input type="checkbox"/> <b>インスリンポンプ</b> <input type="checkbox"/> <b>持続グルコース測定器</b>	
<input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 義肢 (上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
<b>皮膚装飾や皮膚に貼っているもの、取り外せるものはありますか？</b>	
<input type="checkbox"/> あり ↓ (下記の当てはまるものにチェックしてください) ↓	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 入れ墨・タトゥー <input type="checkbox"/> ネイルアート (種類: _____)	<input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> マスカラ
<input type="checkbox"/> 整髪料 (増毛スプレー、一時染毛料など、色のつくもの)	
<input type="checkbox"/> 皮膚に貼っているもの→ 湿布・治療用貼付薬 (_____)	<input type="checkbox"/> エレキバン・カイロ
<input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯) (種類: _____)	<input type="checkbox"/> 歯列矯正
<b>6. 閉所恐怖症は、ありますか？</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<b>7. 女性の方にお聞きします。現在妊娠はされていますか？</b> <input type="checkbox"/> はい (妊娠 週) <input type="checkbox"/> いいえ	
※妊娠16週未満の方はMRIなどの検査が出来ない場合があります。	
<b>8. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことはありますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬剤名【 _____ 】・食べ物名【 _____ 】	
<b>9. ご家族に脳の病気や糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの方はどなた【 _____ 】が【病気: _____】	
<b>10. 嗜好品について</b>	
たばこ: <input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本) <input type="checkbox"/> 以前吸っていたがやめた <input type="checkbox"/> 吸わない	
お酒: <input type="checkbox"/> 飲む (1日 _____) <input type="checkbox"/> ときどき飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	

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(マイナンバーカード)**の利用にご協力をお願いいたします。

◆当院では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)を算定しております。

加算1として4点 ※マイナ保険証(マイナンバーカード)を利用した場合は加算2として2点

○ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？  はい  いいえ

○ この1年で検診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？  はい  いいえ

(以下、マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です)

受診時期、結果等指摘事項をご記入ください

・受診時期: 年 月 日

・結果等指導事項: