

ID: _____

問診票

年 月 日

フリガナ 氏名	男・女 身長	生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳) cm 体重 kg
住所		
電話番号 自宅	()	携帯 ()
緊急連絡先	()	* ご本人以外の電話番号をご記入ください。
交通事故、勤務中、通勤中に受傷した方は✓を付けて下さい <input type="checkbox"/>		
1	マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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お願いいたします。	
2	他の医療機関からの紹介状はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
3	どのような症状で来院されましたか? その症状はいつ頃からですか() 頃から) <input type="checkbox"/> 頭痛 ①どのような? <input type="checkbox"/> 脈打つ <input type="checkbox"/> 締め付けられる <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 吐気、嘔吐あり ②どこが? <input type="checkbox"/> 前側 <input type="checkbox"/> 後ろ側 <input type="checkbox"/> こめかみ <input type="checkbox"/> その他 ③持続時間は? <input type="checkbox"/> 瞬間的 <input type="checkbox"/> 数分間 <input type="checkbox"/> 数時間 <input type="checkbox"/> 数日 <input type="checkbox"/> それ以上 ④頻度は? <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 ⑤痛み止めの薬は? <input type="checkbox"/> 飲んでない <input type="checkbox"/> 飲んでいる 薬品名() 効果 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> めまい ①どのような? <input type="checkbox"/> 天井や壁が回る <input type="checkbox"/> ふわふわ浮くような ②いつ? <input type="checkbox"/> 起き上がった時 <input type="checkbox"/> 頭を動かした時 <input type="checkbox"/> 立ち上がった時 <input type="checkbox"/> じっとしていて ③持続時間は? <input type="checkbox"/> 瞬間的 <input type="checkbox"/> 数分間 <input type="checkbox"/> 数時間 <input type="checkbox"/> 数日 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ、力が入らない <input type="checkbox"/> 頭部打撲 どのように? <input type="checkbox"/> 転んだ時 <input type="checkbox"/> 気を失って <input type="checkbox"/> よくわからない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> もの忘れ、記憶力低下 <input type="checkbox"/> その他()	
4	現在治療中、または今までかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他：病名() <input type="checkbox"/> 手術()	
5	現在服用している薬はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：) *マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載不要です。 *お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。	
6	薬や食品でアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(原因： 症状：)	
7	この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期： 指摘事項：)	
8	喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(種類： 杯/日)	
9	女性の方のみお答えください。 妊娠していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(週)または(出産予定日 /) 授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

*問診票に記載された個人情報、診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

高木脳神経外科クリニック