

問 診 票

令和 年 月 日



江別谷藤脳神経クリニック

フリガナ		男・女	電話番号	(自宅) — — (携帯) — —
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	住所	〒 — —	
緊急連絡先	氏名	あなたとの続柄	電話番号	— —

1. 当院への来院のきっかけは何ですか？
 ①近かったから ⑤12号線の看板を見て (弥生町・野幌・フィットランド)
 ②知人・医療機関の紹介 (様) ⑥広告を見て ⑧その他
 ③評判を聞いて (まんまる新聞・ホムドクター) []
 ④インターネット・HPを見て ⑦無料送迎がある []

2. ほかの医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

3. 今回の症状はいつからですか？症状を選んで○をおつけください。
 いつから？ 年 月 日 時ごろ/(日前)(か月前)(年前)
 具合の悪い部分に印をつけてください

・頭を打った、けがをした ・ 手足に力が入らない、しびれる
 ・頭が痛い、重い感じがする ・ 顔が動かない、ぴくつく
 ・めまい(ぐるぐる・ふわふわ) ・ 物が二重に見える、視野が狭い
 ・意識を失った ・ 吐き気・嘔吐 ・ その他
 ・ろれつが回らない ()

4. 現在、ほかの医療機関に通院されていますか？ はい ・ いいえ
 病名 []

5. 今までにかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ
 喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 高脂血症
 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障

6. 今までに病気やけがで手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ
 (手術名)

7. 現在、薬を服用していますか？ (お薬手帳をお持ちの方はお出しください) はい ・ いいえ

8. 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？ はい ・ いいえ
 薬名または食べ物名 ()

9. 両親・兄弟・祖父母の方に右の病歴の方はいますか？ はい ・ いいえ
 動脈硬化 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血

10. 嗜好品についてお答えください。
 ○お酒 (1日 ml)
 ○たばこ(歳から 1日 本)

11. 一日にどのくらい水分を摂取していますか？水・お茶・コーヒーなど (1日 ml)

12. 体内に人工物が入っていますか？(検査のためにお聞きしています)
 (コンタクトレンズ・アートメイク・タトゥー・歯列矯正) はい ・ いいえ
 心臓ペースメーカー ステント 人工弁 人工内耳
 置き鍼 透析用シャット インプラント
 その他骨折等による金属など(部位)

13. MRIなど狭い空間に入れますか？ はい ・ いいえ

14. 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性の患者様のみ) はい ・ いいえ
 妊娠中 授乳中

15. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ 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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1→4点 加算2→2点(マイナンバー保険証を利用した場合)

2023.5ver