

脳外科問診票

【お名前

様】

記入日； 年 月 日

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：____年____月 指摘事項：_____）

いいえ

1. 今日、診察に来られた理由を書いてください。いつ頃から、どんな症状がありましたか？

2. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？

イ) ない ロ) ある（ひきつけ、高血圧、糖尿病、喘息、心臓病）

その他（ ）

3. ある方はどちらの医療機関にかかっていますか？医療機関名をご記入下さい。

（ ）

4. いつも内服されているお薬はありますか？市販薬、頭痛薬も含む。

イ) ない ロ) ある（ ）

5. 以前に、入院又は手術を受けたことがある方は、病名を書いてください。

イ) ない ロ) ある（ 歳頃 病名： ）

（ 歳頃 病名： ）

（ 歳頃 病名： ）

6. アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）

イ) ない ロ) ある（ ）

→裏面もあります

7. 女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか (ある ない わからない) 最終月経 _____ 月 _____ 日

現在、授乳中 (はい : 産後 _____ 年 _____ か月)

現在 ピル・女性ホルモンを服用されていますか (はい : 内容 _____)

8. 社会資源 (訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパーなど) の利用がある場合

利用 : ない ある (利用内容 : _____)

在宅療養手帳 : ない ある

介護認定度 : (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

ケアマネージャー (_____) 施設 (_____) かかりつけ医 (_____)

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をお願い致します。

- ◆医療情報取得加算 (初診時) 1点
(再診時) 1点 (3月に1回に限り算定)