

なかはら脳神経クリニック 問診表

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いたします。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか(はい・いいえ)

フリガナ

脳神経外科・整形外科(いずれかに○)

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所 〒 _____

電話番号 _____ ご職業:(_____)

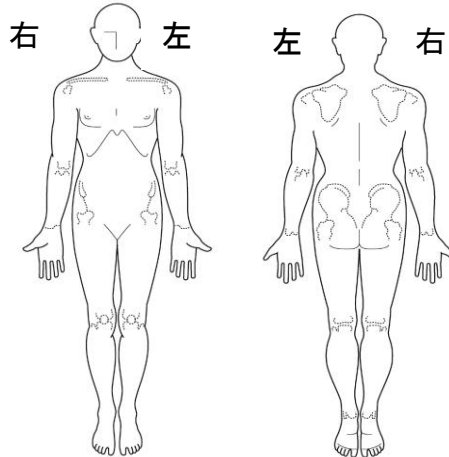
緊急の連絡先 Tel _____ お名前 _____ 続柄 _____

妊娠の有無 有 無 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① ここ2週間以内に発熱はありましたか 有(いつから _____) _____ 無 _____

② 今日はどうされましたか いつからどのような症状ですか _____

いつから:



気になる箇所に印をつけてください

どのような症状

どのようなきっかけで起こりましたか?

気がついたら 突然 転倒 交通事故 不明 工作中

その他(_____)

③ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか

④ 現在 お薬を飲んでいますか?

はい→お薬手帳を持っている(記入の必要はありません) _____ いいえ _____

持っていない場合は服用している薬剤名(_____)

お薬のアレルギーはありますか? なし あり(薬剤名: _____)

⑤ 50歳以上の方へ:骨密度検査を希望されますか? (はい・いいえ)

⑥ 分院くろだ脳神経クリニックへ受診したことはありますか?(ある・ない)

※当クリニックに来院していただき誠にありがとうございます。

もし、差し支えなければ、当院を来院されたきっかけに丸をつけてください。

チラシ・インターネット・ご紹介(_____)、その他(_____)