

問 診 票 (脳神経内科 外来用)

年 月 日

(体温 °C)

フリガナ	男・女	生年月日
氏 名		年 月 日 (歳)
住 所 〒 —	職業	
電 話 — — 携 帯 — —		

※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

- 何かお悩みですか? 一番気になる症状は何ですか?
- それは、いつ頃から出てきましたか?
- どこで何をしていた時に分かりますか?
- その症状はどんなふうに出てきましたか?
- その症状はいったんよくなりましたか? だんだん悪くなりますか?
- 現在どこかの病院にかかっていますか? はい (病院名)
いいえ
- 何かお薬を服用していますか? (健康食品を含む)
(マイナ保険証による情報取得に同意した場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)
はい (薬の名前)
いいえ
- 今までに頭の検査 (CT、MRI) をしたことはありますか?
ない ・ ある→いつ頃 ()
どこの病院 ()
医者からどのように言われましたか?
()
- 生活習慣等について
アレルギー (あり・なし) お酒 (1日/ 合 年間) タバコ (1日/ 本 年間)
サプリメント
- 何をみて来院されましたか? ホームページを見て ・ 看板を見て ・ 友人知人の紹介
家族がかかっている ・ その他 ()
- 当院は院外処方です。指定の薬局はありますか? はい (薬局) ・ 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をお願いいたします。

※医療情報取得加算(初診時) 加算 1点

※医療情報取得加算(再診時・3ヶ月に1回) 加算 1点