

**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