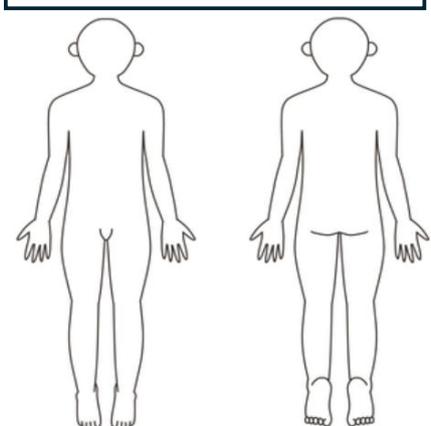


ID: _____

神経内科問診表

R 年 月 日

フリガナ			
氏名 _____ 様			
生年月日	昭・平・令	年 月 日	歳 男・女
ご住所	〒 -		自宅☎ - - 携帯☎ - -
緊急連絡先	☎ - -	※ご本人以外の電話番号をご記入ください。	

1	マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ※当院は診療方法を取得・活用する事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します。 </div>	
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	本日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない <input type="checkbox"/> 手足の震え <input type="checkbox"/> 手足が勝手に動く <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 倒れた <input type="checkbox"/> 意識を失った <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 言葉が出ない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> ポーっとしている <input type="checkbox"/> 様子がおかしい <input type="checkbox"/> その他（ ）	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ※症状のある部位に○をつけてください </div> 
4	症状はいつからですか？ 約（ ）日・週刊・ヵ月・年 前から	
5	症状は発作時と比べてどのように変化していますか？ <input type="checkbox"/> 徐々に良くなっている <input type="checkbox"/> 徐々に悪くなっている <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったりする	
6	過去に大きな病気で治療や手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）	
7	現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）	
8	現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）	
9	喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日、喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（種類： 杯/ 日）	
10	薬や食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）	
11	女性の方のみお答えください。 妊娠されてますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週）or（出産予定日 / ） 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	