

カルテNo. _____

問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 歳

〒 _____

住所 _____

電話 - - _____ 携帯 - - _____

☆本日、来院された理由（該当するものに○印 両方でも可）

（ ） 怖い病気がないかMRI検査だけして欲しい

（ ） 症状に応じた薬を処方して欲しい

マイナ保険証による診療情報取得に 同意します・同意しません

(1) どのようなことでお困りですか？

頭痛 意識を失う 歩きにくい 手や足に力が入りにくい

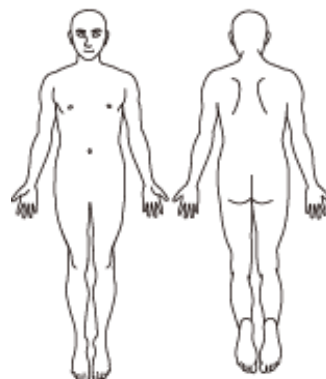
めまい、ふらつき 頭を打った 物忘れ ふるえ

けいれん ものが言いにくい 手や足がしびれる

その他（ _____ ）

痛みやしびれの場所などを

書いてください



(2) その症状はいつ頃からですか？

(3) その症状はこれまでにどのような経過をとっていますか？

悪くなった 同じ程度で続いている 軽くなった

その他（ _____ ）

裏に続く →

(4) 今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けているものはありますか？

高血圧 糖尿病 高コレステロール血症 不整脈 狭心症

心筋梗塞 喘息 緑内障（開放性・閉鎖性） 腎臓病

肝臓病 前立腺肥大 脳梗塞 癌（ ）

その他（ ）

(5) 現在服用されている薬を教えてください

(6) これまで薬や食べ物などでアレルギーやじんましんを起こしたことはありましたか？

はい（ ）

いいえ わからない

(7) 女性の方にお聞きします。現在妊娠中もしくは妊娠の疑いがありますか？

はい いいえ

(8) 診察時、あらかじめ聞いておきたい内容をお書き下さい

[]

(9) 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

友人・知人 家族 本・雑誌 ホームページ 他院の紹介

その他（ ）

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

マイナ保険証を利用しない場合：加算 6 点

マイナ保険証を利用した場合：薬剤情報使用した場合は加算 2 点

薬剤情報使用しなかった場合は加算 6 点

いわくら脳神経外科 頭痛クリニック