



年 月 日

脳神経外科外来受診の方へ

(※ご記入後、受付の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏名 _____ 診察券番号 _____ 緊急連絡先 _____

男 / 女 年齢 歳 / 身長 cm / 体重 kg

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 喘息 (歳頃) | <input type="checkbox"/> 高血圧 (歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳頃) | <input type="checkbox"/> 心臓病 (歳頃) |
| <input type="checkbox"/> その他 (病名: _____) | |

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: _____
 いつ頃: _____

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり 薬品名: _____

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

薬品	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
食べ物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()

 ■ たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
 (1日 _____ 本、約 _____ 年間)

 アルコール 飲まない 飲む (種類: _____、1回 _____ 杯、毎日 時々 月2~3回)

■ 女性の方へ

 妊娠している可能性は？ ない ある
 最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経してる

 ■ 他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

 ■ マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

 ■ 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

※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します。