

脳神経外科問診票

看護師記入時間 (:)

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無 ・ 有 ()

かかりつけ医 無 ・ 有 ()

持参資料 無 ・ 有 ()

付き添い 無 ・ 有 ()

薬手帳 あり ・ なし 〈スキャナ不要〉

お名前 _____ 男 ・ 女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ () 歳
職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
【女性のみ】妊娠:していない ・ 可能性あり ・ している()週 ・ 授乳中

●いつから、どのような症状がありますか？

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん() ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)

喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症

その他()

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ() 病名()

手術: いつ() 術名()

輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？

ない ・ ある(下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物() ・ 薬() ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙…(吸わない ・ やめた ・ 吸う) (本/日) (歳～ 歳まで)

飲酒…(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類() 量(合 mL)

(歳～ 歳まで 回/週 ・ 月)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ