

脳神経内科問診票

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 ()

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

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？

- ・ 呂律が回らない ・ (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足) が動かしにくい ・ めまい ・ ふらつき
 - ・ (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足) 痺れる ・ 吐き気 ・ 頭痛
 - ・ その他 ()
- 発症日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃
()

●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・入院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(コレステロールや中性脂肪が高い) ・ 高尿酸血症
胆石 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 前立腺 ・ 痛風
その他()
- 手術: いつ() 術名()
- 輸血: なし ・ あり

●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()

●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)

●家族構成について教えてください。

現在 _____ 人暮らし(家族構成 _____)

●介護認定 項目に○を付けてください。

未申請 申請中 非該当 要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

●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