

事前問診票(予約患者様専用)

R 年 月 日

初診時及び久しぶりの来院の方へ 氏名

ID

症状について記入をお願い致します(該当する症状に☑又は○をお願い致します)

- ・症状 ⇒ 頭痛(ガンガン・ズキズキ・締め付ける・重たい・チクチク)
めまい・ふらつき(天井や周りが回る感じ・自分が回る感じ・後ろに引っ張られる感じ)
しびれ(ジリジリ・チリチリ・感覚がおかしい・力が入りにくい感じ)
耳鳴り(高音・低音)
呂律が回らない 視野の異常 意識消失 けいれん 物忘れ(認知評価)
定期MRI 他院から今後の通院希望 交通事故(事故日:)
その他:

頭部打撲・外傷の患者様はこちらへ記入をお願いします。

- ・いつ ⇒ . 何をしている時に ⇒
- ・部位(どのあたりを) ⇒ . 何にぶつけた ⇒
- ・打った場所に傷や出血がある ⇒ あり . なし
- ・打った後から 視野の異常がある ⇒ あり . なし)
- ・打った時の記憶が ⇒ あり . なし (どこまで覚えているか:)
- ・吐き気や嘔吐があった ⇒ あり . なし

★症状に対して当てはまる項目のみご記入お願いします★【定期MRI・今後の通院希望の方は記入不要】

- ・いつ頃から ⇒
- ・どの部分? ⇒ 全体的に 右側 左側 頭頂部 後頭部
眼の奥 おでこ こめかみ その他 ()
- ・どんな時に症状がでるか⇒ 朝起きた時から 日中から 夜に
その他 ()
- ・痛みがあるか⇒ あり なし
- ・症状に対して他の医療機関を受診した⇒ 行っていない・行った(受診した医療機関:)
- ・症状に対して薬の服用⇒ あり . なし
※ありの場合は薬剤名:
※効果は? ⇒ 効く 効かない 半々

・その他気になることがあればお書きください↓↓↓

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体勢充実加算(初診時) 加算1:6点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)