

小児脳神経外科問診票

ふりがな

氏名 _____ 性別：男・女 年齢： 才 体重： kg

家での呼び名があればお書き下さい： _____

☆今日はどなたの付き添いで一緒にみえましたか？

父親・母親・祖父・祖母・その他 ()

1) 本日の受診目的は何ですか？(いつからどのような症状があるか具体的に教えてください。また前もって話しておきたいことがありましたら、ご記入下さい。)

2) 出生児および新生児期についてお聞きします。

・出生児の状況 週数 _____ 週 体重 _____ g 経膈分娩・帝王切開 (どちらかに○をつけて下さい。)

・出生時の異常 なし・あり ()

・新生児期の異常 なし・あり ()

3) 今までにかかった感染症に○をつけてください。

・百日咳 ・麻疹 (はしか) ・風疹 (三日ぼしか) ・水ぼうそう ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)

・その他 ()

4) 今までに手術や入院したことはありますか？

いいえ

はい (歳 病名：)

(歳 病名：)

5) 現在病院などにかかっていますか？

いいえ

はい (病名) (病院)

6) かかりつけ医はありますか？ いいえ はい (病院)

7) 他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい (病院)

8) ご家族の方に下記の病気にかかった方がみえましたらご記入下さい。

・喘息 (誰が) ・結核 () ・心臓疾患 ()

・肝炎 () ・糖尿病 () ・その他 ()

9) アレルギーはありますか？

・薬物によるアレルギー： なし ・ あり ()

・食物によるアレルギー： なし ・ あり ()

10) 海外渡航歴はありますか？ いいえ はい (6ヶ月以内・6ヶ月より前 どこに？)

11) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

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。