

問 診 票 (初診・お久しぶりの方)

日付：

ふりがな		男・女	大正・昭和	年 月 日 () 歳
氏 名			平成・令和	
住 所				
自宅電話番号			携帯電話	
緊急連絡先	氏名：	続柄：	携帯電話	

・お薬手帳への処方シール貼付希望 ⇒ なし・あり (本日お薬手帳持参あり・なし)

※ 処方シールの貼付は、窓口負担が1割の方⇒3円・2割の方⇒6円・3割の方⇒9円がかかります。

・3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳神経外科で、診察や入院をしましたか？

・いいえ ・ はい ⇒ 沼田脳神経外科循環器科病院 ・ 吾妻脳神経外科循環器科

* 本日はどうされましたか？

体温 () °C

いつから	本日の () 時頃から ・ () 日前から ・ () ヶ月前から
体のどこが どのように 痛い・悪い ですか？ (心配な事)	
過去の病気	・なし ・ あり ありの方 ⇒ ・ ・
現在 他院に通院 してますか？	・いいえ ・ はい ⇒ 病院名： はいの方 ⇒ 病名： はいの方 ⇒ 内服薬（注射）： あり ・ なし 内服薬がわかる物を持参： あり (薬手帳 ・ 薬) ・ なし
体内金属	・なし ・ あり ⇒ ペースメーカー ・ 脳圧シャント ・ 人工内耳 MRI禁止の脳動脈瘤クリップ ・ 骨折後の金属 (部位：)
アレルギー	・なし ・ あり ⇒ 食べ物 ・ 薬 ・ 喘息 ・ 花粉症 ・ 金属 ありの方 ⇒ 種類・薬品名 ()
女性対象者	妊娠中・妊娠の可能性・授乳中⇒ いいえ・はい ⇒ 妊娠 () ヶ月・授乳中

裏面に続く⇒

*** 介護保険についてお伺いします。**（対象の方のみ、わかる範囲でお答えください）

介護保険は申請していますか？ いいえ ・ はい

- ・ はいの方は下記について教えてください

現在の介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5					
ケアマネ（居宅介護）事業所名			ケアマネ氏名			
現在利用中の介護サービス	デイサービス・デイケア・ショート・訪問看護・ヘルパー					
	福祉用具・入所中（ ）					
家族の状況	同居（ 配偶者・子供・孫・その他 ） ・ 一人暮らし					

- ・ 介護保険未申請の方へ

・体の具合や物忘れ等で、日常生活に支障を感じていますか？ いいえ ・ はい

・介護保険サービスについて、説明のご希望がありますか？ いいえ ・ はい

《 マイナ保険証利用についての確認 》

※ マイナ保険証の利用により、患者様の情報（特定健診の結果や他院の処方内容）を取得（当院で閲覧）し、診察時に活用することができます。

◎ 本日はマイナンバーカードを持参している ⇒ いいえ ・ はい

持参している方 ⇒ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
いいえ ・ はい

＊ 当院をどのように知りましたか？

- ・ 以前から知っていた ・ 以前受診したことがある ・ 予防接種をうけた事がある
- ・ 知人から教えてもらった ・ 家族が受診している（していた）
- ・ インターネットで調べて ・ 他院からの紹介 ・ その他（ ）