

記入日：令和 年 月 日

済生会西条病院

患者番号：

氏 名：

脳 神 経 外 科 問 診 票

1. 本日はどのような症状で病院に来られましたか。

①いつ頃からありますか。 【令和 年 月 日 時 頃】

②どのような症状ですか。

☐頭痛、頭が重い

☐頭を打った ☐吐き気、嘔吐 ☐けいれん

☐めまい ☐言葉がしゃべりにくい、ろれつがまわらない

☐手足が動きにくい（右・左） ☐しびれ（手・足）（右・左）

☐歩けない ☐その他

（具体的に記入お願いします）

2. とくに希望される検査があればお書きください。

食事 【 している ・ していない 】

● お薬手帳は持参していますか 【 はい ・ いいえ 】

3. 18歳以下の方にお伺いします。

学校（園）や部活・通学中の怪我ですか。 【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方は、災害共済給付制度の対象です。医療費を一旦お支払いいただきます

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。

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。