ＩＤ

診 療 申 込 書

年　月　日

記入された個人情報は、診療目的以外には使用いたしません。

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	男・女	明 大 昭 平　年　月　日生	歳
ご住所	〒□□□-□□□□　ご自宅TEL　－　－　緊急連絡先　－　－		
ご職業			

今日はどうされましたか？　いつから、どのような症状がありましたか？

頭痛・いつもと違う頭痛・
めまい・ふらつき・しびれ・
力が入らない・歩きにくい・
もの忘れ・言葉が出にくい・
けいれん・外傷

＿＿＿＿＿＿頃から
症状は：

外傷の場合は、交通事故／第３者によるものかご明記ください。

下記の病気と診断されたことがある方は、〇印と年齢をお書きください。

高血圧（　歳～）　・　高コレステロール血症（　歳～）　・　糖尿病（　歳～）　・
不整脈（　歳～）　・　心臓病（　歳～）　・　肝臓病（　歳～）　・　腎臓病（　歳～）　・
喘息（　歳～）　・　結核（　歳～）

その他、大きな病気にかかったことのある方は、病名と年齢をお書きください。

病名：　（　歳頃のときに）

いま現在、他院に受診されて何かお薬を飲んでいますか？　もしくは市販のお薬を飲んでいますか？

飲んでいない　・　飲んでいる（どんなお薬かですか？　わかれば種類または薬の名称をご記入ください。
あるいは、お薬手帳を受付にご提出ください。）

（　）

今までに手術を受けたことがある方は、手術名と年齢をお書きください。

手術名：　（　）歳のときに

現在、体内に埋め込まれている金属はありますか？　（ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・ステント等）

ない・ある（ある方はご記入ください）：

あなたのご家族に、脳梗塞やくも膜下出血など脳の病気にかかった方はおられますか？

いいえ・はい（ 続柄/病名：　）

身長と体重をお教えください。	現在、妊娠していますか？	現在、授乳中ですか？
身長　cm　・　体重　kg	いいえ　・　はい　・　わからない	いいえ　・　はい

タバコについて　〇印をしてください。

吸わない　・　吸う（　歳のときから、　本／日）　・　禁煙した（　年前から）

アルコールについて　〇印をしてください。

飲まない　・　時々飲む　・　毎日飲む（種類：　を　本くらい）

今までに薬や、特定の食物で、アレルギー・じん麻疹などが出たことがありますか？

ない　・　ある：卵・ペニシリン・ピリン・その他（　）

どのようにして当院をお知りになりましたか？

他院から紹介（　）・知人/ご家族から・ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・看板・情報誌・電話帳・ﾁﾗｼ・その他（　）

たかせクリニック