

記入された個人情報、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	
ご住所	〒□□□-□□□□ お電話_____-_____- 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・ 言葉が出にくい・もの忘れ・ 外傷(けが・事故)・けいれん	頃から 症状は：
---	---------------------------

発熱・かぜ症状等ありますか？ ない・ある：

今までに指摘されたものがあれば、○印をしてください。

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がある方は、病名と年齢をお書きください。

病名： _____ （ 歳頃）

今までに手術を受けたことがあれば、手術名と年齢をお書きください。

手術名： (歳頃)

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（どんなお薬ですか？）
()

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： ）

今までに頭（脳）の検査を受けたことがありますか？ また、それはいつ頃ですか？

ない ・ ある： CT ・ MRI 検査時期：()年前／()ヶ月前

現在、体のなかに埋め込まれている金属などがありますか？（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）：

身長と体重をお教えてください。	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 ○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 ○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）

今までに薬などで、アレルギーや発疹などが出たことがありますか？

ない ・ ある 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()・ご家族/知人・当院ホームページ・インターネット・その他:

★他院画像のCD、紹介状などお持ちの方は、受付にご提出をお願いします。