

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	
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	症状は： _____ 頃から
---	-------------------

**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 (どんなお薬かですか？ あるいは、お薬手帳を受付にご提出ください)  
 ( \_\_\_\_\_ )

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： \_\_\_\_\_ )

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

★画像のCDや紹介状などお持ちの方は、受付にご提出お願いします。

現在、体のなかに埋め込まれている金属などはありますか？ (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)：

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：