

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・ _____ 頃から
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：

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

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、お薬手帳、紹介状などお持ちの方は、受付にご提出お願いします。