

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 | 〒□□□□-□□□□ | | 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・ 外傷(けが・事故)・けいれん | _____頃から 症状は： |
|---|------------------|

発熱 なし・あり(°C) かせ症状 なし・あり 最近2週間以内の海外渡航 なし・あり

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？ 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

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)：

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てください。 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg | 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい ・ わからない | 現在、授乳中ですか？ 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：