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	
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：

最近2週間のうちに発熱・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：

ありがとうございました

脳神経外科たかせクリニック