

(フリガナ) _____	男・女	身長	体重
氏名	生年月日( )	cm	kg
〒 _____	Tel( )	職業	
住所			

1.いつ頃からどのような症状がありますか

2.ご希望の検査はありますか【 いいえ ・ はい ・ Dr.と相談してから 】  
( CT MRI 心電図 採血 動脈硬化 )

3.(外傷の方へ) 打撲又はケガの箇所はどちらですか  
右 左 真ん中 ・ 前頭部 頭頂部 後頭部 側頭部 その他 ( )

4.現在までに次の病気にかかったことがありますか【 いいえ ・ はい 】  
高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・糖尿病・胃潰瘍・肺結核・喘息・甲状腺疾患  
アレルギー疾患・脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈瘤)

5.上記以外の病気はありますか【 いいえ ・ はい 】  
はいと答えた方 【病名： \_\_\_\_\_】

6.手術を受けたことがありますか 【 いいえ ・ はい 】  
はいと答えた方 【 \_\_\_\_\_】

7.現在治療中の病気、服用中の薬はありますか【 いいえ ・ はい 】  
はいと答えた方 【病名： \_\_\_\_\_】  
【薬品名： \_\_\_\_\_】  
◆本日、お薬手帳・アプリをお持ちの方は、受付にお出してください  
◆他院での検査結果や紹介状をお持ちの方は、受付にお出してください

8.今までに薬や注射、食品等で発疹やショック等、アレルギー反応を  
起こしたことはありますか  
【 いいえ ・ はい 】 はいと答えた方【薬品、食品名等： \_\_\_\_\_】

9.血縁者の方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか(続柄をご記入ください)  
脳出血( ) 脳梗塞( ) くも膜下出血( )  
高血圧( ) 糖尿病( ) 心臓病( )  
アレルギー疾患( ) 精神病( ) がん( )  
脂質異常症( ) その他( ) 不明 ・ なし

10.嗜好品について教えてください  
たばこ【吸う： 本/日 歳から・禁煙中 ・ 吸わない】  
お酒 【毎日飲む ・ 時々飲む 回/月 ・ 飲まない】

11.女性の方のみお答えください  
妊娠の可能性はありますか【いいえ・はい・不明】 授乳中ですか【いいえ・はい】

12.ここ半年の飛行機もしくは新幹線での移動はありましたか  
【 いいえ ・ はい →行先： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間】

13.当院を何でお知りになりましたか(複数回答可)  
ちらし・電柱広告・駅広告・ネット・紹介された・その他 ( )