

(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()