

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

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・ぜんそく
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()