

フリガナ	Date of Birth (dd/mm/yy)	/	/
お名前 Name	男 / 女 MALE / FEMALE	生年月日	明・大 昭・平
ご住所 Address	〒	年	月
お電話 (自宅) Telephone (携帯)	メールアドレス E-mail Address	日	歳 Age

当院をお知りになったきっかけを教えてください。

きっかけ 自宅チラシ・会社チラシ・インターネット・知人からの紹介・その他

- 1 ご来院の理由、症状であてはまるものに○をつけてください。

頭痛 | 閃輝暗点 | 肩こり | めまい | 頭部打撲 | 吐き気 | 意識消失 | 耳鳴り(ひだり・みぎ) | 痙攣  
聴力低下(ひだり・みぎ) | 睡眠障害 | 物忘れ | 上肢のしびれ(ひだり・みぎ) | 下肢のしびれ(ひだり・みぎ)  
その他 ( )  
具体的な症状をご記入ください。 例)いつ頃から、どこが、どのように など  
( )
- 2 今まで頭部または頸動脈の精密検査を受けたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

受けたことのある検査・・・(頭部MRI・頭部CT・頸動脈エコー検査・脳波検査・その他( ))  
いつ頃受けましたか?・・・( 年 月 日頃) 理由( )  
異常はありましたか?・・・( いいえ ・ はい ) ”はい”の方は異常の内容をお書きください。  
異常の内容: 頭部外傷の既往 | 脳動脈硬化症 | 頸動脈硬化症 | アルツハイマー病 | パーキンソン病  
その他 ( )
- 3 今回の受診に際し、MRI、CT等の精密検査を希望しますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )
- 4 現在または過去に病気をしたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

脳疾患 | 高血圧 | 脂質異常 | 不整脈 | 心臓疾患 | 糖尿病 | 痛風 | ぜん息 | 肝臓病 | 腎臓病  
呼吸器疾患 | その他 ( )
- 5 今までに手術を受けられたことがありますか? ( ある ・ ない )

いつ頃ですか? 年 月頃、または 年前 手術の内容( )
- 6 現在服用中のお薬はありますか? ( ある ・ ない )

どんな薬ですか? 例)痛み止めの薬など。もしお薬の名前がおわかりでしたら、ご記入ください。  
( )
- 7 薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか? ( ある ・ ない )

具体的にご記入ください。 ( )
- 8 お酒は飲みますか? ( はい ・ いいえ )

お酒の種類と量:(種類: )を、週に( )日、(量: )くらい飲む
- 9 タバコは吸いますか? ( はい ・ いいえ )

1日に( )本、( )年間吸っている。 または、( )年前から禁煙
- 10 ご家族のご病気(ある方のみ)を教えてください。

父( ) 母( )  
兄弟( ) 祖父母( )
- 11 身長、体重、職種など

身長( ) cm 職種( )  
体重( ) kg 既婚 ・ 未婚

初・②～

問診  
スタッフ  
印