

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
歳 Age	年	月	日
ご住所 Address	〒		
お電話 (自宅) Telephone (携帯)	メールアドレス E-mail Address		

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

- 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  
( )
- 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 ( )
- 今回の受診に際し、保険診療による精密検査 (MRI、CT、超音波等の画像検査や血液検査) を希望しますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )
- 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 ( )
- 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( )
- 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。  
( )
- 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。 ( )
- 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
- 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
- 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( )
- 身長、体重、職種など

身長( )cm 体重( )kg ご職業( ) 既婚 ・ 未婚
- 女性の方へ 現在、妊娠している可能性はありますか? ( はい ( 週) ・ いいえ )

初・②～  
問診  
スタッフ  
印

右記説明にある情報利用に同意できません。 今回の診療情報は、学術目的等の医学発展の為に利用させていただく場合がございます。(個人情報 は 全て 削除いたします) ご承諾くださいますようお願いいたします。