

氏名		年齢	歳	男 女	身長	cm	体重	kg
----	--	----	---	--------	----	----	----	----

◇マイナ保険証による診療情報取得に同意

- しない する 持っていない

◎どのような症状で来院されましたか？

- 頭痛 頭をぶつけた めまい ふらつき
- 歩きにくい まっすぐ歩けない 手足〔右・左〕の〔しびれ・動きが悪い〕
- 首筋が痛む ものが見えにくい 耳鳴り 聞こえにくい
- その他〔 _____ 〕

◎いつからどのくらいの間

_____ 月 _____ 日から _____ 週間前から _____ ヶ月前から

◎症状の変化はありますか？ある方は詳しく書いて下さい

〔 _____ 〕

◎この症状で、他院を受診されたことはありますか？そこでの診断と治療内容を教えてください

- ない ある 診断名〔 _____ 〕
- 治療内容〔 _____ 〕

◎現在、内服治療中ですか？他にもしばしば常用する薬があればご記入ください

- いいえ はい →お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示ください。

〔 _____ 〕

◎今までにかかった病気はありますか？

- 特にない 結核 糖尿病 高血圧 脳梗塞 脳出血
- 耳鼻科疾患 その他〔 _____ 〕

◎今までに薬、造影剤、食べ物などでアレルギー反応（湿疹・発熱等）を示したことがありますか？

- ない ある 薬〔 _____ 〕
- 造影剤〔 CT ・ MRI ・ その他 〕
- 食べ物〔 _____ 〕

◎血縁の方で脳梗塞・高血圧（心疾患）・糖尿病・珍しい病気等の診断や治療を受けた方はいますか

- いない いる 疾患名〔 _____ 〕

◎以前に当院の脳神経外科を受診したことはありますか？

- ない ある〔 _____ 年 _____ 月ごろ 疾患名⇒ _____ 〕

◎3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？

- いいえ はい
- 国名（都市名まで記入）〔 _____ 〕
- 期間〔 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄〕

◎現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？

- ない ある〔妊娠 _____ ヶ月〕

◎CT・MRI画像のご希望はありますか？

（但し、予約状況によってはご希望に添えない事もある為ご了承下さい）

- CT MRI 医師に相談してから決める