

フリガナ

名前

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 年齢(歳) 男・女

住所(〒 -)

相模原市 区

電話番号(- -) 身長(cm) 体重(kg)

※ご本人の携帯またはご家族の連絡先(- -) <続柄 >

1 本日は何科での受診ですか？

脳神経外科 内科 外科

2 症状をお伺いします。(いつ頃から?)

頭痛

めまい

動かない・しびれる・感覚障害

物忘れ・認知症

頭をぶつけた

のどの痛み・せき・発熱(度)

その他()

3 治療をしている・していた疾患はありますか？ なし あり

高血圧 コレステロール・中性脂肪が高い 糖尿病 喘息 脳卒中 心疾患 呼吸器疾患

腎臓疾患 花粉症 その他()

4 手術をしたことはありますか？ なし あり()

5 現在内服している薬はありますか？ なし あり(お薬手帳をご提示ください)

6 薬・食品でアレルギーがでたことはありますか？ なし あり()

7 たばこは吸いますか？ いいえ はい(本/1日)

8 お酒は飲みますか？ いいえ はい(種類： /頻度：)

9 以下の中で該当するものはありますか？ なし あり

ペースメーカー装着 体内除細動器 ステント 人工内耳 脳動脈瘤クリッピング術後

妊娠または妊娠の可能性 てんかんの既往 入れ歯 入れ墨 補聴器 カラーコンタクト

閉所恐怖症

10 当院を何で知りましたか？

ホームページ 看板を見て 知人の紹介 他院からの紹介 バス広告 その他