

診察を受けられる方へ

ご住所 (郵便番号) _____

電話 () _____

(フリガナ) _____ 生年月日 _____
お名前 (男・女) M.T.S.H. 年 月 日 才

1、本日の来院の目的をお聞かせください。

- 診察 脳ドック
 セカンドオピニオン その他 ()

2、本日、診察を希望される症状は何でしょうか。

- 頭痛 物忘れ 手足の動きが悪い
 しびれ 手足が震える ものの見え方がおかしい
 めまい 意識を失う 言葉が出ない (しゃべりにくい)
 歩きにくい ふらつく その他 ()

3、症状に関連する原因 (頭部外傷、病気) はございますか。

- あり 外傷 その他 それはいつですか。 (月 日)
 なし

4、症状はいつから始まりましたか。

- 今朝から 2-3日前から 1週間前 その他 ()

5、症状の変化はどのようなようですか。

- よくなっている 同じ状態 悪くなっている その他 ()

6、なにかアレルギーはございますか。

- ある 抗生物質 かぜ薬 解熱鎮痛薬 その他 ()
 ない

7、タバコはお吸いになりますか。

- 吸わない 現在吸っている 1日に () 本 () 才から
 やめた () 才から () 才まで吸っていた。

8、アルコールはお飲みになりますか。何をどのくらいまで飲まれますか。

- 飲む ビール 1日に () ml 日本酒 1日に () 合
 その他 ()
 飲まない

※裏のページに続きます。

9、現在までに、下記の病気にかかったことがございますか。

- あり 高血圧 糖尿病 がん 心臓病 喘息
 脳卒中 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺肥大症
 胃・十二指腸潰瘍 手術 その他()
 なし

10、現在飲まれている薬はありますか。

- あり なし
 本日、お薬手帳・薬の説明書を持っている。(ご提出お願いします。)

本日、お薬手帳をお持ちでない方はどのような薬か教えてください。

- 降圧剤 抗凝固剤(血液をさらさらにする薬) 抗血小板剤
 血糖降下剤 強心薬 精神安定剤 ステロイド剤
 喘息の薬 抗アレルギー剤 利尿薬 解熱鎮痛薬
 睡眠薬 その他()
 わからない

11、血のつながったご家族の方で、下記のようなご病気をされた方はおられますか。

- いる 高血圧 糖尿病 がん 心臓病 喘息 脳卒中
 肝臓病 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 その他()
 いない

12、体に金属は入っていますか。

- ペースメーカー 人工内耳(補聴器) その他()
 ない

※女性の方のみお伺いします。

13、現在、妊娠の可能性はございますか。

- あり
 なし

ご記入、ありがとうございます。
とみた脳神経クリニック