

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日：大正・昭和・平成・令和	年 月 日生 ( ) 歳
〒 [ ] - [ ] [ ] [ ]	
ご住所	
電話番号	携帯電話
身長	cm ・ 体重 kg

次の質問にお答えください。 あてはまる項目に○をつけてください。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ( はい ・ いいえ )
- 現在 他の医療機関に通院していますか？ ( はい ・ いいえ )
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ( はい 病院名： . いいえ )
- どのような症状がありますか？  
 頭が痛い 頭が重い 目が見えにくい  
 耳鳴り 聞こえにくい  
 ふらつく 吐き気 めまいがする  
 物忘れがある ふるえる  
 しゃべりにくい ろれつが回らない  
 手のしびれ 足のしびれ  
 睡眠不足である ( 時間/日)  
 肩がこる 頭のけが  
 [ その他・具体的に (いつ頃からなど) ]
- この 1 年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能です) ( ある 病院名： . ない )
- 現在内服している薬はありますか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能です) ( ある ・ ない )

薬品名： [ ]

病院名： [ ]

- 現在かかっている病気や今までにかかった病気はありますか？

脳梗塞 高脂血症 心臓疾患  
 脳出血 糖尿病 肝臓疾患  
 高血圧症 腎臓疾患  
 その他

[ ]

- 今まで手術を受けたことがありますか？ ( ある ・ ない )

( ) 心臓ペースメーカー埋め込み術  
 ( ) 脳動脈瘤・くも膜下出血の手術  
 ( ) 整形外科の手術  
 その他

[ ]

手術で体に金属などを埋め込んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

- 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ ( ある ・ ない )

[ 品名： ]

[ 症状： ]

- たばこを吸いますか？

[ はい ( 本/日 ) ・ いいえ ・ 禁煙した ]

- お酒を飲みますか？

[ はい ( 合/日 ) ・ いいえ ・ 禁酒した ]

- 女性の方に

妊娠の可能性は？ ( ある ・ ない )

授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

ご協力ありがとうございました かどた脳神経外科