

脳神経外科外来受診の方へ

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 男 女
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 右・左

◎5日以内に、発熱やかぜ症状はありましたか？ (あり・なし)
 いつから・症状(_____)
 同居家族に上記症状の方はいませんか？ (あり・なし)

1. どのような症状のために受診されますか？

頭痛(ガンガン・ジーン・重い感じ) 頭や顔、首を打った(部位: _____)
肩こり 嘔気・嘔吐 めまい 耳鳴り しびれ(手・足)(右・左)
手足が動きにくい(手・足)(右・左) けいれん ふらつき 尿・便失禁
意識を失った(どのくらいの時間: _____) 言葉がしゃべりにくい
目が見えづらい・二重に見える その他(_____)

2. これらの症状はいつからどのように始まりましたか？

年 月 日頃より (突然起こった・だんだん起こってきた)

3. これらの症状について他の病院にかかりましたか？

かかった かかっていない

病院名(_____) 病名(_____) 薬を(飲んでいる・飲んでいない)

4. 現在、他の病気で治療を受けていますか？ はい いいえ ※お薬手帳のご提示お願いいたします。

「はい」の方：病名(_____) 病院名(_____)
 薬を(飲んでいる・飲んでいない) 薬名(_____)

5. 今までにかかった病気があればチェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。

高血圧 (_____ 頃) 糖尿病 (_____ 頃) 脳卒中 (_____ 頃)
高脂血症 (_____ 頃) 心臓の病気 (_____ 頃) 呼吸器の病気(_____ 頃)
その他: _____

6. 障害者手帳等を持っていますか？ ペースメーカー 障害(身体・精神) その他

7. 血縁関係のある方(祖父母、父母、兄妹、子)で、以下の病気にかかったことがある方がいらっしゃいますか？それがどなたにあたるか記入して下さい。

脳梗塞・脳出血 (_____) くも膜下出血 (_____)
高血圧 (_____) 糖尿病 (_____) 高脂血症 (_____)

8. 薬や注射、食べ物などのアレルギーはありますか？

なし あり(どのようなもの: _____)

9. 当クリニックで脳ドックもしくはMRIを受けたことがありますか？ ない ある

10. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ あり なし 不明 妊娠週数(_____)週
 授乳中ですか？ はい いいえ

※妊娠・授乳中の方は、医師またはスタッフへお伝えください。