

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

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 言葉がしゃべりにくい
意識を失った（どのくらいの時間： _____） 尿・便失禁
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？

- かかっていない
かかった 病院名（ _____ ）
 病名（ _____ ） 薬を（飲んでている・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

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

※お薬手帳をお持ちの方はご提示お願いいたします。

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