◀脳神経外科

記入日：　　年　　月　　日

氏名　　様 / 生年月日　　/身長　　cm　/体重　　kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？　　はい　・　いいえ

1．本日受診されるきっかけ・目的はなんですか	
2．いつからですか	
3．かかった事がある、 または治療中の病気	☐ 心臓病　☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 脳梗塞　☐ 出血 ☐ 糖尿病　☐ 喘息　☐ 甲状腺疾患　☐ 肝臓病　☐ 腎臓病 ☐ アレルギー体質　☐ ペースメーカーあり　☐ 人工弁あり ☐ その他　（　　）
4．現在服用している薬	☐ なし　☐ あり　薬品名（　　）
5．薬や注射で具合が悪くなる	☐ なし　☐ あり　薬品名（　　）
6．食品で具合が悪くなる	☐ なし　☐ あり　食品名（　　）
7．造影剤による副作用	☐ なし　☐ あり
8．妊娠の可能性	☐ なし　☐ あり　☐ わからない　☐ 授乳中
9．煙草	☐ 全く吸わない　☐ 吸っていた　☐ 吸っている　1日　　本を　　年間
10．その他	
11．マイナンバー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
12．この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？	☐ はい　☐ いいえ

2022年10月17日改訂