

脳神経外科

受診日： 年 月 日

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 身長 cm / 体重 Kg

本日受診されるきっかけ・目的は何ですか				
いつからですか				
かかった事がある、または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 脳梗塞
	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> アレルギー体質	<input type="checkbox"/> ペースメーカーあり
	<input type="checkbox"/> 人工弁あり			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
現在服薬している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：		
薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：		
食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食品名：		
造影剤による副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中			
煙草	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	1日 本 年間		
その他				