

フリガナ		男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和
氏名				年 月 日(歳)
住所	〒 —		電話番号	自宅
				携帯 その他

◆下記の質問の該当するものに○してください。

①本日はどのような症状で受診されますか？

頭痛 めまい 頭部打撲 物忘れ 力がはまらない 呂律がまわらない
手足の痺れ 手足の震え 意識消失 物が見えにくい 耳鳴り

②今も症状は続いていますか？

はい いいえ

③現在、通院している医療機関はありますか？

ない ある(医療機関名: 診療科:)

④今までかかった病気はありますか？

ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 喘息 緑内障
消化性潰瘍 心疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞) その他()

⑤現在、服用されているお薬はありますか？

ない ある()

⑥アレルギーはありますか？

ない ある(薬や食べ物の名前: 症状:)

⑦今までに手術をしたことがありますか？

ない ある(手術名または部位:)

⑧体内に人工物を入れていますか？

ステント 人工関節 プレート 人工弁 人工内耳 脳動脈瘤クリップ ペースメーカー

⑨両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

脳動脈瘤 脳出血 脳梗塞 くも膜下出血 だれが:()

⑩喫煙歴はありますか？

はい (1日 本くらい) いいえ

⑪お酒は飲みますか？

はい いいえ

⑫現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ 妊娠中 授乳中 分からない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

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？

いいえ ・ はい(受診時期: 年 月 日 指摘事項:)