

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日：明治・大正・昭和・平成	年 月 日生 () 歳
〒□□□□ - □□□□	
ご住所	
電話番号	携帯電話
身長	cm ・ 体重 kg

次の質問にお答えください。 あてはまる項目に○をつけてください。

● どのような症状がありますか？

- | | |
|----------|---------|
| 頭が痛い | 目が見えにくい |
| 頭が重い | 耳鳴り |
| めまいがする | 聞こえにくい |
| ふらつく | 物忘れがある |
| 吐き気 | ふるえる |
| しゃべりにくい | 睡眠不足である |
| ろれつが回らない | (時間/日) |
| 手のしびれ | 肩がこる |
| 足のしびれ | 頭のけが |

その他・具体的に (いつ頃からなど)

[]

● 現在かかっている病気や今までにかかった病気はありますか？

- | | |
|------|------|
| 脳梗塞 | 心臓疾患 |
| 脳出血 | 肝臓疾患 |
| 高血圧症 | 腎臓疾患 |
| 高脂血症 | |
| 糖尿病 | |
| その他 | |

[]

● 今まで手術を受けたことがありますか？
(ある ・ ない)

- () 心臓ペースメーカー埋め込み術
() 脳動脈瘤・くも膜下出血の手術
() 整形外科の手術

その他

[]

手術で体に金属などを埋め込んでいますか？
(はい ・ いいえ)

● 現在内服している薬はありますか？
(ある ・ ない)

[薬品名:]
[病院名:]

● 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

(ある ・ ない)

[品名:]

[症状:]

● たばこを吸いますか？

[はい (本/日) ・ いいえ ・ 禁煙した]

● お酒を飲みますか？

[はい (合/日) ・ いいえ ・ 禁酒した]

● 女性の方に

妊娠の可能性は？ (ある ・ ない)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

● ジェネリック医薬品 (後発薬) を希望されますか？
(はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました かどた脳神経外科