

お名前 () ご職業 ()

① どのような症状がありますか？

頭痛 めまい しびれ もの忘れ ふるえ つっぱり
その他 ()

② 症状はいつからですか？

()

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか？

(はい ・ いいえ)

病院名 () 病名 ()

④ 今までにかかった病気はありますか？

(はい ・ いいえ)

喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 緑内障
脳梗塞 脳出血 前立腺肥大 その他 ()

⑤ 現在、薬を服用していますか？

(はい ・ いいえ)

服用されている薬名をご記入ください。 (薬名:)

⑥ 薬を服用してアレルギー症状が出たことがありますか？

(はい ・ いいえ)

薬名 ()
症状 蕁麻疹 気分不良 腫れ その他 ()

⑦ 今までに手術を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

()

⑧ 今までに健診を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

⑨ 両親・兄弟姉妹・祖父母に下記の病歴の方はいますか？

(はい ・ いいえ)

脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血
高血圧 がん 心臓疾患 その他 ()

⑩ 嗜好品について

タバコ: 吸わない ・ 吸う (1日 本 / 年間)

お酒: 飲まない ・ 飲む (毎日 / 週に 回 / 月に 回 / 付き合い程度)

⑪ 検査のために下記事項を確認いたします

1) MRI検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

2) 閉所恐怖症ですか？ (はい ・ いいえ)

3) 薄毛かくし・白髪かくしの粉を使用していますか？ (はい ・ いいえ)

4) 美容のためリフトアップで金の糸が入っていますか？ (はい ・ いいえ)

5) 歯科矯正治療中ですか？ (はい ・ いいえ)

6) 「いれずみ」やアートメイクはありますか？ (はい ・ いいえ)

7) 体内に下記の人造物が入っていますか？ (はい ・ いいえ)

心臓ペースメーカー ステント 人工弁 歯科矯正具

骨折治療時の体内金属 その他 ()