



お名前 () ご職業 ()

- ・ 紹介状をお持ちですか? (あり ・ なし)
- ・ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? (はい ・ いいえ)

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)

医療機関名() 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)

(薬名 :)

⑥ アレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)

薬品() 食品() その他()

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 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 女性の方にお伺いします。現在妊娠中または授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

⑪ 嗜好品についてお伺いします。 タバコ： 吸わない ・ 吸う (日・年 / 本)
お 酒： 飲まない ・ 飲む (毎日・週・月 / 回)

⑫ 検査のためにお伺いします。

- ・ MRI検査を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)
- ・ 閉所恐怖症ですか。 (はい ・ いいえ)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 歯科矯正治療中ですか。 (はい ・ いいえ)
- ・ コンタクトレンズを装着していますか。 (はい ・ いいえ)
- ・ 「いれずみ」やアートメイクはありますか。 (はい ・ いいえ)
- ・ 体内に下記の人工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()