

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____

生年 _____

氏名 _____

月日 _____

大・昭・平 年 月 日 年齢 歳 男・女

住所 _____ 〒 _____

電話番号 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

★交通事故、勤務中、通勤中に受傷した方は○を付けて下さい (_____)

1 本日受診された症状、状態は、どのようなことですか？

いつ頃からですか？ _____ 頃から

*頭痛・めまい・手足のしびれ、力が入らない・頭部打撲の方は、以下の質問にお答え下さい。

ア) 頭痛

- ①どのような？ ・脈打つような ・締め付けられる ・頭が重い ・吐気、嘔吐あり
②どこが？ ・前側 ・後ろ側 ・こめかみ ・その他
③持続時間は？ ・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日 ・それ以上
④頻度は？ ・月に数回 ・週に数回 ・ほぼ毎日
⑤薬は？ ・飲んでない ・飲んでいる (薬品名: _____ 効き目は？ ある・ない)

イ) めまい

- ①どのような？ ・天井や壁が回る ・ふわふわ浮くような
②いつ？ ・起き上がった時 ・頭を動かした時 ・立ち上がった時 ・じっとしていて
③持続時間は？ ・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日

ウ) 手足のしびれ、力が入らない

- ①持続時間は？ ・瞬時的 ・数分間 ・数時間 ・数日

エ) 頭部打撲

- ①どのように？ ・転んだ時 ・気を失って ・よくわからない ・その他 (_____)

2 治療中の病気、または、これまでにかかった病気はありますか？

高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患・腎臓病・ぜんそく
その他 (_____)

3 手術を受けたことはありますか？ ない・ある (_____)

4 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある (_____)

5 喫煙しますか？ しない・する (一日 _____ 本、 _____ 年間)

6 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

・ホームページを見て ・看板を見て ・知人の紹介 ・他院の紹介 ・その他 (_____)