



記入日 年 月 日

ふりがな

お名前

様 年齢 歳

男・女

☎ご自宅 () -

〒(-)

☎携帯 () -

身長()cm

ご住所

体重()kg

※当院への来院のきっかけは何ですか？

- ① 近かったから ② 知人の紹介()様 ③ 評判を聞いて ④ インターネット・HPを見て
- ⑤ 看板を見て(12号線・上江別) ⑥ 広告を見て(まんまる新聞・ホームドクター・その他())
- ⑦ 無料送迎があるから ⑧ その他()

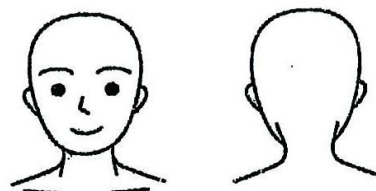
1) 今回の受診は交通事故または業務上の事故ですか？ はい(自賠責・労災) いいえ

2) 今回の症状を下から選んで○をお付けください。またその症状はいつからでしょうか？

(月 日 時ころ)

↓具合の悪い部分に印をお付け下さい。

- ① 頭を打った、けがをした
- ② 頭が痛い、重い感じがする
- ③ めまいがする
- ④ 意識を失った
- ⑤ ろれつが回らない
- ⑥ 手足に力が入らない、しびれる、ふるえる
- ⑦ 顔が動かない、ぴくつく
- ⑧ 物が二重に見える、視野が狭くなった
- ⑨ 吐き気、嘔吐があった
- ⑩ その他気になる症状があればお書き下さい。()



3) 今もその症状は続いていますか？ はい いいえ

4) 現在他の医療機関に通院されていますか？ はい いいえ

○「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？

病院名() 診療科()

5) 今までにかかれた病気はありますか？ はい いいえ

○「はい」の方はどの病気にかかりましたか？

喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障
その他()

6) 現在薬を服用していますか？ はい いいえ

○「はい」の方は何を服用されていますか？

()

7) 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？ はい いいえ

○「はい」の方はどのような物で出ましたか？

()

8) 今までに病気やけがで手術をされた事がありますか？ はい いいえ

○「はい」の方はどのような手術をされましたか？

(歳に)

9) 両親・兄弟・祖父母の方に下記の病歴の方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

○「はい」の方は○印をつけてください。

動脈硬化 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血

10) 嗜好品についてお答えください。

○お酒(一日) ○タバコ(一日 本)

11) 一日にどのくらいの水分を摂取していますか？ ()ml

12) 検査のためにお聞きいたします。体内に人工物が入っていますか？ はい いいえ

◎体内に人工物が入っている方は、入っているものを○で囲んで下さい。

・心臓ペースメーカー ・ステント ・人工弁 ・その他骨折等による金属()
・人工内耳 ・置き鍼 ・透析用シャント ・インプラント

13) MRIなど狭い空間は大丈夫ですか？ はい いいえ

14) <<女性の患者様>>現在妊娠されていますか？ はい いいえ

★緊急連絡先をご記入ください。

※方が一の緊急時に確実にご連絡の取れる方をご記入ください。

お名前 様 ☎ご自宅 () -

ご関係(:同居・別居) ☎携 帯 () -