

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男・女 _____

ご住所 〒 _____ 電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 携帯番号 _____

1. どのような症状で来院されましたか？下記の症状を○で囲んでください。
・頭痛 ・麻痺 ・しびれ ・めまい ・けいれん ・ふるえ ・もの忘れ
・その他（ _____ ）
2. その症状はいつごろからですか？（ _____ ）
3. 次の病気はありますか？（ ）の中の該当する箇所に○をつけてください。
（・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・気管支喘息 ・緑内障 ・心臓疾患 ・悪性腫瘍）
4. それ以外に治療中の病気はありますか？ はい _____ ・ いいえ _____
（ _____ ）
5. その他、今までに病気、手術、大けがなどをしたことがありますか？
（ _____ ）
6. 現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳お持ちの方は受付へお出しください）
はい _____ ・ いいえ _____
（ _____ ）
7. 薬や注射、食物に対してアレルギーはありますか？ はい _____ ・ いいえ _____
何に対するアレルギーですか（ _____ ）
8. 飲酒、喫煙の習慣はありますか？ はい _____ ・ いいえ _____
日本酒（ _____ ）/日 ビール（ _____ ）/日 および、たばこ（ _____ ）本/日 _____ 年間
9. 女性の方のみお答えください。
今妊娠中ですか？ 妊娠中 _____ ・ 妊娠している可能性がある _____ ・ 妊娠の可能性はない _____
10. 最近、新型コロナ、インフルエンザ、胃腸炎、食中毒などにかかりましたか？
はい _____ ・ いいえ _____
（ _____ ）
11. 最近、ワクチン接種を受けましたか？ はい _____ ・ いいえ _____
（ _____ ）
12. MRI撮影が必要となった場合、以下のどのコースを希望されますか？
Aコース ・本日は診察、MRI撮影と結果説明を希望する
（結果および治療の説明終了までに数時間かかる場合があります）
Bコース ・本日は診察とMRIを希望する。結果説明は後日でよい。
（MRI撮影終了まで1時間程度が目安です。MRIは医師が確認いたします。緊急性がある病気が見つかった場合には結果までご説明いたしますので、お時間をいただきます。）
Cコース ・本日は診察のみ。MRI撮影、結果説明は後日を希望する。
Dコース ・診察のみを希望する。
13. 今回の症状は労災（勤務または通勤中に起きた出来事）に関わるものですか？
はい _____ ・ いいえ _____
14. その他、診療についてご希望があればお書きください。

