フリガナ お 名 前	男・女
郵便番号 ご 住 所	
電話番号	生年月日 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳

記入者【本人・付添者（お名前：　　ご関係：　　電話：　　）】

はじめて（久しぶりに）受診される方へ

1　いま一番気になることはなんですか？（本日受診した理由をおしえて下さい）

・頭が痛い　・頭が重苦しい　・めまいがする　・吐き気がする
・口がもつれる　・眠れない　・物わすれがひどい　・失禁してしまう
右手　左手　力がはいらない　・顔の力がはいらない
右足　左足　しびれる　・物がダブって見える
感覚がにぶい　・視野が狭くなった
・顔（眼）がけいれんする

・首が痛い　・腰が痛い
・けいれんをおこした　・手足がふるえる　・交通事故にあった
その他（　　）（事故日　　年　月　日）

2　その状況をくわしくおしえて下さい（いつ頃から、どのような）

3　今までに病院にかかるような（現在もかかっている）病気があればおしえて下さい

高血圧　糖尿病　狭心症　不整脈　コレステロールが高い　ぜんそく
その他（　　）
手術を受けた（　　）

4　今、飲んでいる薬があればおしえて下さい（病院の薬、市販の薬に限らず）
（「お薬手帳」を持っていたら受付にお出し下さい）

5　検査の薬（造影剤など）、食べ物のアレルギーがあればおしえて下さい

6　その他聞きたいこと、心配なことがあれば自由にお書き下さい

7　検査の希望があれば〇をつけて下さい

ＭＲＩ　ＣＴ

8　身内の方で頭の病気をした方がいればお書き下さい

9　当クリニックを何でお知りになりましたか

知人の紹介　医師の紹介　電話帳　駅看板　インターネット　家族が受診　通り道
施設・学校の紹介　その他（　　）

令和　　年　　月　　日