

つぐ脳神経外科・頭痛クリニック初診時間診票

お名前

身長

cm

体重

kg

1 今までに脳の検査を受けたことはありますか。

いいえ はい(いつごろ: / 何を: MRI・CT・脳波・その他)

2 今までにかかったことのある病気はありますか(いつごろ)(複数回答可)。

ない
 脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血)() 高血圧()
 糖尿病() 高脂血症() 心疾患(不整脈など)()
 腎疾患() 呼吸器疾患(喘息など)() 痛風()
 てんかん() その他()()

3 今までに手術を受けたことがありますか。

ない
 ある(いつごろ: どのような手術:)

4 現在、飲んでいる(使っている)お薬はありますか。下にお薬の名前をお書きしてください(お薬手帳でも可)。

()

5 お薬や食べ物などにアレルギーがありますか。

ない
 ある(内容:)

6 お酒は飲みますか。

飲まない
 ほぼ毎日 週に4~5日 週に2~3日 週1日 機会があればお付き合い程度

7 タバコは吸いますか。

吸ったことはない
 吸っている(1日 本、 年間) 禁煙した()年前から

8 女性の方へ:現在妊娠していますか。

いいえ はい(または可能性がある)

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか(複数回答可)。

インターネット(ホームページを見て) 知人からの紹介()
 家族からの紹介 他院からの紹介 看板を見て
 その他()

当院はマイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療の提供に努めています。
よってマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。