

* はじめて診察を受けられる方へ *

あなたの症状を理解するために、わかる範囲で以下の質問に答えを記入、または当てはまる文章の前の□にチェックを入れてください

片倉町あかり脳神経内科・内科クリニック

おなまえ
お名前：_____ 性別：□男・□女

年齢：_____歳 生年月日 _____年 _____月 _____日

ご住所：〒 _____

電話：_____

身長： _____ cm, 体重 _____ kg 出生地：_____

兄弟姉妹：□なし, □あり(_____人同胞の _____番目)

利き腕はどちらですか？：□右利き・□左利き

記入者氏名：□本人・□本人以外：_____ (続柄：_____)

* 具体的な症状、困っていることについてお書きください。

(例：右の手足に力が入らない、ろれつが回らない、歩くのが遅くなった、物忘れが気になる など)

* その症状はいつ頃から始まりましたか？ (例：起床時から、数日前から、～ヶ月前からなど)

* ご家族や御親類など血縁関係の方に大きな病気の方はいますか？

□ない

□ある→□その方とのご関係と病名についてわかる範囲でご記入ください

* いままでかかった主な病気とその経過についてお書きください

□特にない

□ある：以下のあてはまる病気の□をチェックまたはご記入ください

□高血圧(_____歳頃～)

□糖尿病(_____歳頃～)

□高脂血症(_____歳頃～)

□心臓病・不整脈(_____歳頃～)

□脳梗塞・脳出血(_____歳頃～)

□精神疾患(_____歳頃～)

□その他の病気：_____ (_____歳頃～)

□その他の病気：_____ (_____歳頃～)

* かかりつけ医をお持ちですか □ない □ある→(_____)

次のページがあります

* 介護保険認定を受けていますか？

受けていない

受けている→()内の当てはまる区分に○印をつけてください

(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

* 現在、常に服用している薬がありますか？

ない

ある→お薬手帳をお持ちですか？ 持っている 持っていない

* お薬手帳をお持ちの方は、内容の確認のためお預かりします。

お持ちで無い方は、わかる範囲で薬の内容を記入してください

* 今までに手術を受けたことがありますか？

ない

ある→(病名: _____, _____ 歳頃)

(病名: _____, _____ 歳頃)

* 薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない

ある→(どんな薬や食べ物でしたか: _____)

* 喫煙はしますか？

しない

する→(_____ 歳から _____ 歳まで, 一日 _____ 本くらい)

* 飲酒はしますか？

しない

する→(_____ 歳から _____ 歳まで, 一日日本酒 _____ 合,
焼酎 _____ 合, ウイスキー水割り _____ 杯, ビール _____ 本,
その他 _____)

● (女性の方にお聞きします) 現在、妊娠していますか？

していない

している

● 感染症(肝炎・梅毒など)と言われた事がありますか？

いいえ

はい

次のページがあります

* MRIなどの諸検査を行う可能性があるため、下記の事柄についてお答えください
これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

ない

ある(_____ 年頃施行, 部位 _____)

● 身体の中に手術や処置で金属(義歯は除く)が入っていますか？

ない

ある

「ある」と答えた方にお聞きします

★ 心臓ペースメーカーが入っていますか？

ない

ある(_____ 年頃施行)

★ 脳動脈瘤や心筋梗塞の治療でクリップやステントがはいつていますか？

ない

ある(_____ 年頃施行)

★ 骨折手術時の金属プレートや人工関節が入っていますか？

ない

ある(_____ 年頃施行, 部位 : _____)

* 疾患の説明についてご希望があればお書きください

すべて話してほしい

本人には伝えないでほしい

その他: _____

* 他に何か伝えたいことがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください