

記入年月日 年 月 日

\* 初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、以下の質問に答えを記入、当てはまる文章の前の□にチェックを入れてください

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 出生地 \_\_\_\_\_

・本日はどのような症状でご来院されましたか? 具体的にお書きください

( 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はじまりましたか? ( 例: 起床時から、数日前から、~ヶ月前からなど )

・かかりつけ医をお持ちですか?

いいえ はい 病院名 \_\_\_\_\_

・今までにかかった病気とその経過についてお書きください

- |                                  |              |                                  |              |
|----------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧     | ( _____歳頃から) | <input type="checkbox"/> 糖尿病     | ( _____歳頃から) |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症    | ( _____歳頃から) | <input type="checkbox"/> 心臓病・不整脈 | ( _____歳頃から) |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 | ( _____歳頃から) | <input type="checkbox"/> 精神疾患    | ( _____歳頃から) |
| <input type="checkbox"/> その他の病気  | _____        | ( _____歳頃から)                     |              |
| <input type="checkbox"/> その他の病気  | _____        | ( _____歳頃から)                     |              |

・常に服用している薬はありますか?

いいえ

はい → お薬手帳はお持ちですか? 持っている 持っていない アプリ

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

お持ちでない方・アプリの方はわかる範囲で薬の内容を記入してください

次のページがあります

・ご家族やご親類など、血縁関係の方に下記の病気の方はいますか？

□にチェックをし(例:父方祖父など)に関係をご記入ください

- 脳卒中( ) くも膜下出血( )  
心疾患( ) 心房細動( )  
高血圧( ) 脂質異常症( ) 糖尿病( )  
精神科疾患( ) パーキンソン病など神経疾患( )  
認知症( ) がん( ) いない

・今までに手術を受けたことがありますか？

- いいえ  
はい (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？

- いいえ  
はい ( \_\_\_\_\_ )

・喫煙はしますか？

- 吸ったことがない  
やめた \_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳まで、一日\_\_\_\_\_本くらい  
吸っている 一日\_\_\_\_\_本 \_\_\_\_\_年間

・飲酒はしますか？

- 飲まない  
飲む 一日 日本酒\_\_\_\_\_合、焼酎\_\_\_\_\_合、ウィスキー水割り\_\_\_\_\_杯、ビール\_\_\_\_\_本  
その他 \_\_\_\_\_

・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 ( \_\_\_\_\_ )

・女性の方にお聞きします(検査やお薬を処方する都合上お答えください)

現在妊娠していますか？ いいえ はい(\_\_\_\_\_週) 妊活中

・介護保険認定を受けていますか？

- いいえ  
はい ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

< 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？

いいえ

はい（ \_\_\_\_\_ 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？

いいえ

はい 心臓ペースメーカーや植え込み型除細動器

脳動脈瘤や心筋梗塞のクリップやステント

骨折手術時金属プレートや人工関節

その他（ \_\_\_\_\_ ）

・疾患の説明についてご希望があればお書きください

すべて話して欲しい

本人には伝えないで欲しい

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  
恐れ入りますが診療時間まで今しばらくお待ちください

片倉町あかり脳神経内科・内科クリニック