

◇ 初めて受診される方は、診察前にわかる範囲でご記入ください。

カルテ ID

氏名 _____ 様 _____ 歳 男・女 受診日 _____ 月 _____ 日

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

顔・頭をぶつけた	意識がなくなった	顔・頭・首・腰が痛い
めまい、ふらふらする	手足がしびれた（両方、左、右）（手・足）	
手・足に力が入らない	呂律が回らない	物忘れがひどい
うまく歩けない	[_____]をけがした	肩こりがひどい
耳鳴りがつらい	紹介された	その他[_____]

2. いつからそのような症状がありましたか？

_____ 月 _____ 日頃から、_____ 日・週・月・年前から

3. 何か原因はありますか？

なし・あり _____

4. 今までにこの症状についてどこかで診てもらいましたか？

いいえ・はい[_____ 病院・医院 _____ 科、_____ 年 _____ 月頃]
そこで何か検査はしましたか？[_____]

5. 今までに他の病気にかかったことはありますか？

いいえ・高血圧・糖尿病・高脂血症・ぜんそく・心臓病・脳疾患・むちうち・肝炎
たばこ（吸う・吸わない・以前に吸っていた） その他[_____]

6. 血縁関係のある家族・親戚の方で何か病気にかかった方はいますか？

いいえ・はい（ご本人との関係 父・母・姉妹・兄弟・祖父母・その他 _____）
高血圧・糖尿病・高脂血症・くも膜下出血（脳動脈瘤）・肝炎・心臓病・遺伝病・
脳出血・脳梗塞・脳腫瘍・その他[_____]

7. 今までに注射や薬でかゆみや発疹、吐き気などを起こしたことがありますか？

いいえ・はい[_____]

8. 今、もらって飲んでいる薬はありますか？いつからですか？

いいえ・はい[_____]

9. 女性の方へ：現在妊娠している可能性はありますか？

ない・ある[_____]週

* 個人情報保護法に基づき、診療目的のみに使用します。

10. 必要な場合は MRI・CT 検査などを希望しますか？

希望する・希望しない・わからない

11. 体の中にペースメーカーや脳動脈瘤クリップなどは入っていますか？

いいえ・はい

12. 今までに閉所恐怖症で MRI・CT を受けられなかったことがありますか？

いいえ・はい

診療申込書

令和 年 月 日 午前・午後

*太線の中のみご記入ください。

登録番号

以前、当院に受診したことはありますか？		ない		ある		
ふりがな	性別	男	大 昭	年	月	日生
氏 名：		女	平 令			
住 所： 〒 - (都道府県は省略して結構です)						
自宅電話：						
携帯電話：						
☆交通事故ですか (はい ・ いいえ)						
☆第三者行為 (他の人によって負ったけが) ですか (はい ・ いいえ)						
☆お仕事中のけが、または通勤途中のけがですか (はい ・ いいえ)						
★当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。						
☆マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか (はい ・ いいえ ・ 利用なし)						