年　　月　　日　　ご希望の科に〇をお付けください→（脳神経外科・循環器内科）

２週間以内に風邪症状ありますか？（　はい・いいえ　）

ふりがな お名前	…… （　　才）（　男　・　女　）
生年月日	年　　月　　日　／　身長　　㎝　・　体重　　kg
電話番号	①　本人： ②　本人以外(続柄：　　） ＊緊急時の為、繋がりやすい番号２つ以上記入下さい（ご家族など）
住所	〒
本日の受診は該当しますか？　（　仕事中のケガ　・　交通事故　）　／　該当なし	

１．　本日はどのような症状で受診されましたか？

症状

それはいつ頃からですか？

突然ですか？　（はい・いいえ）

持続していますか？　（はい・いいえ）　ひどくなっていますか？（はい・いいえ）

２．　他に通院中の病院・医院はありますか？　（はい・いいえ）

病院名：

３．　下記の病気のうち指摘されたことがあるものに〇をして下さい。

高血圧・糖尿病・脂質異常症・喘息・副鼻腔炎・緑内障・白内障・前立腺肥大・肝炎

４．　その他に病気をされたことがあれば書いてください。

病名：　　（　　歳の時）病院名：　　治癒・治療中

病名：　　（　　歳の時）病院名：　　治癒・治療中

病名：　　（　　歳の時）病院名：　　治癒・治療中

５．　体内に金属がありますか？　はい・いいえ・わからない

ペースメーカー・脳動脈クリップ・ステント・入れ歯やインプラント・その他（　　）

６．　喫煙歴がありますか？ はい・いいえ　平均（　　）本×（　）年（　　歳～　　歳）

７．　お酒は飲みますか？ はい・いいえ（何を　　）×（どれくらい　　）×（週　日）

８．　市販のお薬やサプリなど使用していますか？　はい・いいえ

９．　アレルギーはありますか？　　はい・いいえ

１０．血縁の方で、脳卒中、心臓病、癌、糖尿病、高コレステロール血症、その他、これまでに大きな病気にかかられた方はおられますか？

どなたが（　　）病名（　　）

１１．（女性の方にお伺いします）現在、妊娠をされていますか？　はい・いいえ・不明