

フリガナ

ID ()

氏名 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (男・女)

郵便番号 〒 住所

電話番号 携帯番号

身長 cm 体重 kg ◆体温◆ 度

★MRI検査を希望 ☐する ☐しない ☐先生と相談してから考える

1. いつ頃から? 頃から

() 頭痛

- ① どこが痛みますか? ☐前(右・左) ☐後(右・左) ☐側頭部(右・左) ☐首の付け根 ☐その他
② どのような痛み方ですか?
☐拍動する(ズキンズキン) ☐締め付けられる ☐頭が重い ☐吐き気、嘔吐 ☐その他
③ 頭痛の持続時間は? ☐瞬間的 ☐数分間 ☐数時間 ☐数日 ☐数日以上
④ 頭痛の頻度は? ☐月に数回 ☐週に数回 ☐ほぼ毎日 ☐何年も前から
⑤ 頭痛薬は服用されていますか? ☐ない ☐ある 薬品名

その効果は? ☐ない ☐ある

() 頭部打撲(頭を打った)

どこを打ったか なにで打ったか

症状: ☐頭痛 ☐吐き気 ☐その他 ()

() めまい

- ① どのようなめまいですか?
☐回転性(天井や壁が回る) ☐浮遊感(ふわふわと浮く感じ) ☐吐き気あり ☐嘔吐する
② どんな時に? ☐起床時 ☐振り向いたり頭を動かした時 ☐起立時 ☐じっとしていて
③ めまいの持続時間は? ☐瞬間時 ☐数分間 ☐数時間 ☐数日 ☐数日以上

() 手足がしびれる (右手・左手 右足・左足) 動きがわるい ☐ある ☐ない

() 物忘れ

- ☐人の名前が出てこない ☐同じ事を何度も質問する ☐外出して帰宅できない
☐お金の管理ができない ☐火の不始末 ☐性格が変わった ☐ふさぎ込みがち

() その他の症状

2. 現在治療中の病気はありますか? ☐ない

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐コレステロールが高い ☐心疾患 その他

3. 現在、服用中のお薬はありますか? (ない ・ ある)

薬品名 ★お薬手帳をお持ちでしたら受付にお願いします

4. アレルギーはありますか? (食べ物・薬・アルコールなど)

☐ある () ☐ない

5. 喫煙されますか ☐しない ☐する (本/日)

6. 女性の方にお聞きします。妊娠・またはその可能性がありますか? ☐ない ☐ある

7. ご家族(血縁関係)で大きな病気をしたことがありますか? ☐ない

☐脳疾患 () ☐心疾患 () ☐その他 ()