

脳神経外科を受診される方へ

年 月 日

氏名 _____

年齢 歳、身長 cm、体重 kg

血圧 / mmHg (脈拍)、体温 °C

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・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お願いいたします。また、他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

なし あり 薬品名 _____
症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

なし あり 食品名と症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

なし あり 物質名と症状 _____

適切な治療を受けて頂くため、下記の事項についてお答え下さい。

(1) どんな症状が、いつからあるか、詳しくお書き下さい。

(2) 今回具合が悪くなって、どこかで診察を受けましたか？ (はい いいえ)

病院名

診療科

診断・治療内容

(3) 以前、手術を受けられたことがありますか？ (はい いいえ)

“はい”の方はご記入下さい。

手術名

年 月 日

どこで

手術名

年 月 日

どこで

(4) これまでにかかれた病気や、現在治療中の病気があればお書き下さい。

・現在、内服中のお薬がありますか？ (はい いいえ)

ある方は使用している薬の内容をご記入下さい。(お薬手帳がある方はご提示下さい。)

⇒裏面へ続きます

(5) 血縁の方で、病気にかかられた方がおられますか？ (はい いいえ)

“はい”の方は関係性・病名をご記入下さい。

(6) 体内に金属がありますか？ (はい いいえ)

ペースメーカーがありますか？ (はい いいえ)

入れ墨・タトゥー・アートメイクがありますか？ (はい いいえ)

※MR検査を行う際に必要な確認事項です

(7) ご婦人の方へ

月経は (順調 不順 閉経)

現在、妊娠の可能性はありますか？ (はい いいえ)

(9) 普段の生活状況についておたずねします。

・喫煙歴 (あり なし) 本/日× 年間

・お酒 (飲まない 時々飲む 飲む)

ビール・日本酒・その他 /日

(10) 現在の症状のある部分を下記図に色を塗って下さい。

痛み →赤

しびれ→青

外傷 →×印

