

脳神経内科を受診される方へ

年 月 日

患者氏名 _____ 歳 実際書いた方の氏名 _____

身長 _____ cm、体重 _____ kg、体温 _____ °C、血圧 _____ / _____ 、脈拍 _____ 、酸素飽和度 _____ %

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 _____

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 _____

(1) 今回受診された問題について、いつから、どこに、どんな症状が、有るかを詳しくお書きください

いつから ↓ _____ どこに ↓ _____ どんな症状が ↓ _____

(_____)から、(_____)に、(_____)

(_____)から、(_____)に、(_____)

・何かその症状の原因に思い当たることはありますか？

(_____)

・今回具合が悪くなって、どこか他の医療機関で診察を受けましたか？

☐ いいえ ☐ はい（医療機関名 _____ ）

(2) 最近の生活状況について、おたずねします

・睡眠 ☐ 良い ☐ 普通 ☐ 不眠 ☐ 睡眠薬を時々飲む ☐ 睡眠薬を常用

・便秘 (_____ 日に _____ 回) ☐ 黒っぽい ☐ 白っぽい ☐ 血が混じることがある ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 普通

・食欲 ☐ 亢進 ☐ 普通 ☐ 低下

・お酒 ☐ 全く飲まない ☐ 時々飲む (_____ 間に _____ 回くらい) ☐ ほぼ毎日飲む

飲むお酒の種類と量 (_____)

・たばこ ☐ すったことなし ☐ 今すってる ☐ 昔すってた (_____ 本/日を _____ から _____ 頃まで)

(3) 職歴をお書きください (_____)

(4) 血のつながった人で同じような症状の人はいますか？

☐ いない ☐ いる 誰がどのような症状 (_____)

(5) ご婦人の方

・現在、妊娠している可能性はありますか？ ☐ ある ☐ ない

⇒裏面に続きます

(6) イレズミ、もしくは体の中に何か金属はありますか？ ☐なし ☐ある（ ）

(7) 頭部 CT 検査を希望されますか？ ☐希望する ☐希望しない

(8) 今までかかった病気を全てお書きください

病名

かかった時期

治療をした(している)医療機関

☐ 今まで病気にかかったことはない

(9) 今使っている薬を全てお書きください

薬名

一日量

処方している医療機関

☐ 薬は何も使っていない

☐ 使っている薬は持ってきたお薬手帳に全て書いてある

☐ 大津市民病院からのみ薬をもらっている

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。