

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 \_\_\_\_\_

住所(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

I いつ頃から、どのような症状がありますか？ \_\_\_\_\_ 頃から

**A 頭痛**

1. どのような痛み方ですか？

- 拍動するよう(ズキンズキン)  締め付けられるよう  頭が重い  
 吐き気があるまたは嘔吐する

2. 頭痛の持続時間は？  瞬間的  数分間  数時間  数日  数日以上3. 頭痛の頻度は？  月に数回  週に数回  ほぼ毎日4. 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**B 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とき  起立時  じっとして3. めまいの持続時間は？  瞬間的  数分間  数時間  数日  数日以上**C 手足がしびれる、または動きが悪い**

部位はどこですか？ (→例えば、「右腕」、「左下腿」など) \_\_\_\_\_

**D 物忘れ**

- 人の名前が出てこない  同じことを何度も質問する  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

**E その他**

II 今までにかかった病気は、ありますか？

- 高血圧  糖尿病  コレステロールが高い  脳卒中  心疾患  呼吸器疾患  肝臓病  
 腎臓病  ぜんそく

III 手術を受けたことがありますか？ ない・ある 手術名・部位 \_\_\_\_\_

IV 現在、服用している薬はありますか？ ない・ある 薬品名 \_\_\_\_\_

V お薬で、アレルギーが出たことがありますか？ ない・ある 薬品名 \_\_\_\_\_

VI 喫煙されますか？  しない  するVII 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VIII 下の中で、該当するものがありますか？  ない  ある(該当するものにチェックをしてください。)

- ペースメーカー装着  人工内耳装着  脳動脈瘤クリッピング術後  刺青(眉毛、アイラインも含む)  
 避妊リング  その他の体内金属  コンタクトレンズ  マグネット式インプラント  補聴器  
 妊娠またはその可能性  てんかん、痙攣の既往  喘息の既往

IX 当院をどのようにお知りになりましたか。

- 友愛会病院からの継続  看板を見て  知人の紹介  他院からの紹介  
 その他( \_\_\_\_\_ )