

フリガナ			
お名前	男・女		
郵便番号			
ご住所			
電話番号	生年月日 明・大・昭・平・令	年	月 日 歳
記入者 本人・付添者(お名前:	ご関係:	電話:)

今朝の体温は何度でしたか？	度
次の症状に当てはまるものがある場合は○を付けてください ・咳・くしゃみ・悪寒(寒気)・鼻水 ・体がだるい・頭痛・下痢・嘔吐(吐き気)・臭いがしない、味がしない・2週間以内に発熱した ・その他 ()	
同居している方で2週間以内に発熱した又は上記症状に該当している方はいますか？ いる・いない	

はじめて(久しぶりに)受診される方へ

1 いま一番気になることはなんですか？(本日受診した理由をおしえて下さい)

- | | | | |
|------------|----------|--------------|----------|
| ・頭が痛い | ・頭が重苦しい | ・めまいがする | ・吐き気がする |
| ・口がもつれる | ・眠れない | ・物わすれがひどい | ・失禁してしまう |
| 右手 左手 | 力がはいらない | ・顔の力がはいらない | |
| 右足 左足 | しびれる | ・物がダブって見える | |
| | 感覚がにぶい | ・視野が狭くなった | |
| | | ・顔(眼)がけいれんする | |
| ・首が痛い | ・腰が痛い | | |
| ・けいれんをおこした | ・手足がふるえる | ・交通事故にあった | |
| その他 () | | (事故日 年 月 日) | |

2 その状況をくわしくおしえて下さい(いつ頃から、どのような)

3 今までに病院にかかるような(現在もかかっている)病気があればおしえて下さい

- 高血圧 糖尿病 狭心症 不整脈 コレステロールが高い ぜんそく
その他 ()
手術を受けた ()

4 今、飲んでいる薬があればおしえて下さい(病院の薬、市販の薬に限らず)

(「お薬手帳」を持っていたら受付にお出し下さい)

5 検査の薬(造影剤など)、食べ物のアレルギーがあればおしえて下さい

6 その他聞きたいこと、心配なことがあれば自由にお書き下さい

7 検査の希望があれば○をつけて下さい

MRI CT

8 身内の方で頭の病気をした方がいればお書き下さい

9 当クリニックを何でお知りになりましたか

- 知人の紹介 医師の紹介 電話帳 駅看板 インターネット 家族が受診 通り道
施設・学校の紹介 その他 ()

令和 年 月 日