

診療申込書・問診票

記入日： 2023年 月 日 ID

かかりつけ医			
フリガナ		性別	女・男
氏名		身長/体重	cm/ kg
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)	職業：	
住所	〒 -		
電話番号	自宅：	携帯電話：	
緊急連絡先	氏名：	続柄 ()	電話番号：
当院を知って頂いたきっかけについて当てはまる箇所に○をつけてください ----- 医療機関からの紹介 () 0467-24-0099/救急相談センター 家族・友人・ご入所施設・学校・区役所・ケアマネージャー 等からの推奨 近隣在住で前を通りかかった 駅の看板を見て 当院ホームページ タウンニュース ドクターズファイル その他 ()			

1. ①本日はどのような症状でご来院されましたか？

頭痛・めまい・頭を打った・もの忘れ・その他 ()

②症状はいつからありますか？

()年()月()日()時ごろ・数日前・数週間前・数ヶ月前

2. ①次の事項で気になる項目があれば○をつけて下さい。

不安・ストレス・疲労感・肩こり・姿勢が悪い・腰痛・動悸・耳鳴り・寝つきが悪い・途中で目覚める

②日常生活や仕事内容で当てはまる項目があれば○をつけて下さい。

座りっぱなしが多い・スマートフォン/パソコンをよく使う・細かい作業をする

立ちっぱなしが多い・運動不足・夜眠れない・不規則な生活・家で過ごすことが多い

③お酒は飲みますか？〈はい・いいえ〉はいの方：飲む頻度はどれくらいですか？〈毎日・週に2,3日・時々〉

④タバコは吸いますか？〈はい・以前吸っていた(やめた)・いいえ〉喫煙歴〈 () 年くらい

3. ①今までかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？〈はい・いいえ〉

高血圧・脂質異常症・糖尿病・喘息・緑内障・心疾患〈不整脈・狭心症・心筋梗塞〉

腎疾患・肝疾患・脳梗塞・脳出血・その他 ()

②現在薬を飲んでいますか？〈はい・いいえ〉

(お薬手帳の持参がない場合) わかる範囲で薬剤名をご記入下さい。 ()

③今までに手術をしたことはありますか？〈はい・いいえ〉

いつ () 何の〈どこの〉 ()

④食べ物や薬、造影剤でアレルギー症状が出たことはありますか？〈はい・いいえ〉

食品、薬剤名 () 症状 ()

4. ①両親、兄妹、祖父母に以下の病気の方はいますか？〈はい・いいえ〉

はいと答えた方のみ：該当する病気に○をつけて下さい。

クモ膜下出血・脳動脈瘤・脳梗塞・脳出血・頭痛/片頭痛 ご関係： _____

※【女性の方へ】妊娠の可能性はありますか？〈はい・いいえ〉 授乳中ですか？〈はい・いいえ〉

「当院における個人情報の利用目的」以外には利用いたしません。

鎌倉脳神経 MRI クリニック