



年 月 日

脳神経外科外来受診の方へ

(※ご記入後、受付の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏 名

診察券番号

緊急連絡先

 男 / 女

年齢

歳

/ 身長

cm

/ 体重

kg

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■ いつからですか？

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。

 喘息 (歳頃) 高血圧 (歳頃)

 糖尿病 (歳頃) 心臓病 (歳頃)

 その他 (病名:)

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

 なし あり 病名: _____

いつ頃: _____

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

 なし あり 薬品名: _____

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

 薬品 なし あり ()

 食べ物 なし あり ()

 その他 なし あり ()

 ■ たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

 アルコール 飲まない 飲む (種類: _____、1回 _____ 杯、 毎日 時々 月 2~3 回)

■ 女性の方へ

 妊娠している可能性は？ ない ある

 最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経してる

 ■ 他医院からの紹介状はありますか？ なし あり