

フリガナ

名前 : 年齢 : 歳 性別 : 男 ・ 女

身長 cm 体重 kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	☐ 今日 (時頃)	☐ 昨日 (時頃)
	☐ それ以前 (月 日 頃、又は 月 日 頃)	
どのような症状		

- ☐ その症状は今も続いていますか
- ☐ はい ☐ いいえ
- ☐ その症状で他院の診療や治療を受けましたか
- ☐ はい ☐ いいえ
- 病院名 :
- 診断名 :

2. 現在、治療中の病気はありますか

☐ いいえ

☐ はい 病名 : 投薬 : 有り ・ 無し

3. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

☐ いいえ

☐ はい

☐ 高血圧☐ 脂質異常症☐ 糖尿病☐ 脳出血☐ 脳梗塞

☐ がん : 部位☐ 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症)

☐ 前立腺肥大☐ 高尿酸血症☐ 肝臓疾患☐ 腎臓疾患☐ 消化性潰瘍

☐ 貧血☐ 喘息☐ 緑内障☐ リウマチ☐ 肺塞栓☐ 深部静脈血栓症

☐ その他 :

☐ 手術の経験あり 病名 又は部位 : いつ頃 :

4. 検査のためにお聞きします

☐ 閉所恐怖症ですか

☐ はい ☐ いいえ

☐ 手足の爪に装飾を施していますか (ネイルやつけ爪等)

☐ はい ☐ いいえ

☐ 体内に下記に該当する人工物がありますか

☐ いいえ

☐ はい

☐ ペースメーカー☐ スtent☐ 脳動脈クリップ☐ 人工弁☐ 人工内耳

☐ 人工関節☐ ボルト☐ プレート

☐ インプラント☐ 歯列矯正☐ 磁石を使った義歯

☐ その他 :

人工物挿入後、MR検査経験済み

☐ はい ☐ いいえ

5. 薬や食物等のアレルギーはありますか

☐ いいえ

☐ はい : どんな症状 :

6. 生活習慣についてお聞きします

☐ 飲酒 : 種類 () 量 () 頻度 ()

☐ 喫煙 : 1 日 () 本 () 歳 ~ () 歳 までの () 年間

7. 女性の方にお聞きします

☐ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

☐ いいえ ☐ 妊娠中または妊娠の可能性 ☐ 授乳中

< 職員記入欄 > 日付 :

頭部打撲出血 : あり ・ なし 紹介状 : あり ・ なし 薬手帳 : あり ・ なし 受付 :