

脳神経外科・脳神経内科(お分かりであれば、脳外・脳内いずれかに○を記入下さい)

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

1. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？

- ある (薬品・消毒薬: _____ 食品: _____ その他: _____)
 なし

2. 今日はどのような症状で受診されましたか？

いつ頃からですか？	どのような症状ですか？どのように始まりましたか？
-----------	--------------------------

3. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

- ある なし

いつ頃(何年?)	病名・手術名	病院名
----------	--------	-----

4. 現在、治療している病気がありますか？

- はい いいえ

病名	病院名	現在飲まれている薬
----	-----	-----------

5. 喫煙していますか？

- はい 本/日 禁煙(やめた)歴 ()歳より禁煙 いいえ

6. 定期的に飲酒していますか？(晩酌など)

- はい 本/日 種類(ビール・焼酎・日本酒・その他) いいえ

☆ 女性の方は、以下の質問にお答えください。

- 生理: 順調 不順 閉経
 妊娠: していない わからない している(週)
 授乳中: はい いいえ