

カタカナ		ご住所 〒	
お名前		男・女	
大・昭・平・令 年 月 日 () 才		体重 kg 身長 cm	電話番号 ご本人 () 家族(保護者) () 続柄 ()

※本日の診療のご希望をお知らせください。

●お薬を もらいたい/必要がなければほしくない

●MRI 検査を 受けたい/必要がなければ受けたくない

本日はどのような症状で受診されましたか？

- 頭や首の痛み 嘔気や嘔吐 めまいやふらつき
- 手足の症状 (動きが悪い/しびれる/ふるえ/けいれんした/歩行しづらい/脱力)
- 物忘れ 転倒/外傷 いつ? ()
- 言葉が話しづらい 意識を失った
- 目が見えづらい (視界がかけた・物が二重に見える)
- その他の症状 ()

今までにかかった病気、治療中の病気はありますか？

- ない 緑内障 肝炎 () 型)
- 生活習慣病 (高血圧症/糖尿病/高脂血症)
- 脳卒中 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他)
- 心臓病 (心筋梗塞または狭心症・不整脈・心弁膜症・心不全・ペースメーカー有)
- 癌 (部位は)
- その他 ()

喫煙に関して

- 吸ったことがない () 歳で禁煙した
- 現在 1日 () 本吸っている

内服中のお薬はありますか？

- ない ある お薬手帳は受付にご提示ください
- []

飲酒に関して

- 飲まない 機会飲酒 ほぼ毎日飲む

ご家族(血縁)の方がかかったことのある病気はありますか？

- 脳疾患 認知症 高血圧症 高脂血症
- 糖尿病 心疾患 片頭痛 癌

今まで手術を受けたことがあれば記入してください。

[]

医師が必要と認めた場合、当日 MRI 検査を行います。検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

- ・検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
- ・刺青(タトゥー)やアートメイクをしていますか？ はい ・ いいえ
- ・白髪染めをしていますか？ はい ・ いいえ
- ・カラーコンタクトレンズをしていますか？ はい ・ いいえ
- ・歯の矯正器具や入れ歯はありますか？ はい ・ いいえ
- ・狭いところが苦手ですか？ はい ・ いいえ
- ・女性の方にお尋ねします。現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

MRI 検査を受けることに同意します。 _____年____月____日

署名(本人または代理人) 氏名 _____