

脳神経外科問診票 稲毛海岸脳神経外科クリニック

フリガナ

氏名 男・女 S/H/R 年 月 日生 (才)

〒

住所

TEL
携帯

身長 cm 体重 kg

(当日受付にて測定→) 体温 血圧 / 脈拍

①受診理由とあてはまる症状に○をつけてください。

けが (交通事故・工作中・通勤途中・その他)

頭痛 頭が重い 肩こり けいれん めまい 吐き気 おう吐

手足のしびれ 言葉をしゃべりにくい ろれつがまわらない 物忘れ

その他 ()

いつ頃からですか? ()

②既往歴はありますか?○をつけてください。

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝臓病・リウマチ
腎臓病・喘息・脳梗・脳出血・くも膜下出血・がん

その他 ()

はい・いいえ

③ご家族で大きな病気にかかった方はいますか?

脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 がん その他

どなたか? 兄弟・父・母・祖父・祖母・その他

はい・いいえ

④他の病院でもらっている薬はありますか?

はいの方は、当日お薬手帳をご持参下さい。

はい・いいえ

⑤タバコを吸いますか?

いいえの方、喫煙歴はありますか?

お酒を飲みますか?一日どの位? ()

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

⑥今までに入院、手術をしたことがありますか?

いつ頃 何を

()

はい・いいえ

⑦薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?

何に? ()

はい・いいえ

MRI検査問診票 稲毛海岸脳神経外科クリニック

①以前にMRI検査を受けたことがありますか？ 時期（ ） 病院名（ ） 異常所見を指摘されたことはありますか？ （ ）	はい・いいえ			
②体内に金属が入っていますか？ 心臓ペースメーカー・水頭症シャント・人工内耳 脳動脈クリップ・ステント・人工弁・人工関節 骨折接合用ネジ・ボルト・歯科インプラント コイル・消化管止血クリップ・人工眼球 その他（ ）	はい・いいえ			
③タトゥー（刺青）や ラメ入りメイクはありますか？ 眉毛・マスカラ・アイライン	はい・いいえ			
④体に何か貼っていませんか？ カイロ・エレキバン・湿布等	はい・いいえ			
⑤閉所恐怖症ですか？	はい・いいえ			
⑥身につけている金属類はありますか？○をつけて下さい 入れ歯・義手義足・コンタクトレンズ・補聴器 カツラ・メガネ・時計・ベルト・アクセサリー・下着	はい・いいえ			
⑦現在妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ			
スタッフサイン				

同意書

MRI検査に関する概要と注意事項の理解ができましたので、検査を受けることに同意します。

20 年 月 日

署名（本人又は代理人） 氏名