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受診を希望される理由をお聞かせください。 あてはまる症状に〇をつけてください。 けが（交通事故・仕事中・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
③今までかかった病気があれば〇をつけてください。 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　脳梗塞　脳出血　くも膜下出血 その他　（　　）	はい・いいえ
④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
⑤薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ 薬　（　　） 食べ物（　　） その他（　　）	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貼り薬はありますか？ 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？〇をつけて下さい 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	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