

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

<p>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○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? ()</p>	
<p>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。</p>	はい・いいえ
<p>③今までかかった病気があれば○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 がん その他 ()</p>	はい・いいえ
<p>④ご家族の方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 () どなたが? ()</p>	はい・いいえ
<p>⑤今までに入院、手術をしたことがありますか? いつ頃 何を ()</p>	はい・いいえ
<p>⑥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 ()</p>	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