

フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
住 所	〒 — — — — —			
電 話	—	—	携 帯	— —
職 業				

(体温 °C)

●今一番困っていることを教えてください。(1つお選び下さい)

頭痛、目が回る、ふわふわする、手足が震える、手足の動きが悪く動作が遅い、半身に力が入らない、両下肢に力が入らない、歩くとふらつく、手足の感覚がにぶい、手足の感覚が普通ではない、時々意識がなくなる、眠る前に足がむずむずして眠れない、物が二重に見える、瞼が下がり疲れやすい、急に顔がゆがんだ、記憶が悪くなった

●それは、いつ頃からでしょうか？

●その後の経過は、変わらない、改善してきている、悪化している？

●その他、気になることがあれば、ご自由にお書き下さい。

●以下の病気に過去にかかった場合は×、現在治療中の場合は○をつけて下さい。

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メニエル病、脳梗塞、心房細動、閉塞性動脈硬化症、心筋梗塞、一過性脳虚血発作、てんかん、気管支喘息、肺気腫、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、頸椎症、アレルギー性鼻炎、慢性肝炎、脂肪肝、慢性糸球体性腎炎、胃潰瘍、胆石症、腎結石、痛風、前立腺肥大症、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん、貧血症、静脈瘤、深部静脈血栓症

●生活習慣等について

アルコール (一日 合)、タバコ (一日 本、 年間)、アレルギー ( あり・なし )  
サプリメント

●当院をどこで知りましたか？

インターネット、電柱広告、電話帳、知人の紹介、その他 ( )

当院は院外処方です。指定の薬局はありますか？

はい・いいえ

病状・診療内容・予約の有無により、診察の順番が前後することがあります。ご了承ください。

ありがとうございました