

ふりがな お名前	性別	男・女	生年月日	(大・昭 平・令)	年	月	日
ふりがな ご住所	〒						
自宅電話	()	携帯電話	()		

※必要な方はご記入ください

ご家族の連絡先	お名前	続柄	電話	()
---------	-----	----	----	---	---

- 1 いつ頃から頭痛がありますか？ また、頭痛以外の症状はありますか？
 [] 頭痛以外の症状 []
- 2 どのような痛みですか？ 当てはまるものに○をつけてください
 脈をうつような(ズキンズキン) 締め付けられるよう
 重苦しい その他 ()
- 3 どの辺が痛いですか？ 当てはまるものに○をつけてください
 こめかみ 目の奥 後頭部 頭全体 片側の頭のみ
 その他 ()
- 4 頭痛の頻度はどのくらいで起きていますか？ 当てはまるものに○をつけてください
 月に数回 週に数回 ほぼ毎日 その他 ()
- 5 頭痛が出る前に前触れ(予兆)はありますか？
 あり () なし
- 6 頭痛の時に、敏感・苦痛になるものはありますか？当てはまるものに○をつけてください
 光 音 におい その他 ()
- 7 頭痛薬は飲んでいますか？
 飲んでいる () 効果あり 効果なし
 飲んでいない
- 8 頭痛で他の病院で受診や検査を受けたことはありますか？ あり なし
- 9 チョコレートやチーズは好きですか？ はい いいえ
- 10 現在治療中の病気はありますか？ あり なし
 「あり」の方はどのような病気かをお書きください
 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 その他 ()
- 11 治療中の方でお薬を飲んでいる方は、お薬手帳をお出しいただくか、ご記入ください
 お薬の名前 ()
- 12 お薬のアレルギーはありますか？
 はい アレルギーのあるお薬名 ()
 いいえ
- 13 女性の方へ 下記の内容に当てはまるものがあれば○をつけてください
 現在妊娠中 現在授乳中 妊娠している可能性がある
- 14 MRI検査を希望しますか？ はい いいえ 必要があれば
- 15 その他診察時に聞きたいことがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。

※ご記入いただいた個人情報につきましては、診療の目的以外で使用することはありません。

南守谷クリニック