

氏名	性別	生年月日(年齢)
ふりがな	男・女	明・大・昭・平 年 月 日()
		電話番号
住所	自宅:	— —
	携帯:	— —
〒 -	緊急時の連絡先(関係)	
	— — []	
	<small>※転院等が必要な場合、連絡することがあります。</small>	
主訴 (一番気になる症状を○で囲んでください)		
頭痛・めまい・もの忘れ・しびれ・意識消失・外傷・交通事故・高血圧・他院より紹介・その他		

受診理由

いつから () 頃から

[]

◇頭痛 部位:() 例:全体・後頭部 など

1. どのような痛みですか?

拍動するような(ズキンズキン) チクチク刺すような

締め付けられるような 頭が重い 吐き気があるまたは嘔吐する

2. 頭痛の持続時間は? 瞬間的 数分間 数時間 数日 数日以上

3. 頭痛薬は服用されていますか? ない ある 薬品名_____

↳ その効果? ない ある

◇めまい なし あり (回転性・横揺れ・浮遊感・その他) 持続時間: _____

◇耳鳴り なし あり (ジーン・キーン・ドクンドクン・その他)

◇吐き気 なし あり (嘔吐 回)

◇しびれ なし あり (部位:)

◇ものわすれ なし あり

1.日付が分からない 2.同じことを何度も質問する 3.外出して帰宅できない

4.お金の管理ができない 5.火の不始末 6.その他 ()

① 既往歴 (今までにかかった病気・ケガ、入院・手術) 例: 20歳、虫垂炎手術 など

[]

② 通院中の病院はありますか: なし・あり

(1)病院名: _____ 病名: _____

(2)病院名: _____ 病名: _____

③ 輸血歴: なし・あり (いつ:)

④ 現在、飲んでいるお薬: なし・あり ()

※お薬手帳などをお持ちの方はご提示ください

⑤ 喫煙歴: 吸わない / 以前吸っていた・吸う (1日_____本_____年間)

⑥ 食べ物や薬のアレルギー: なし・あり ()

⑦ 現在、妊娠をしている可能性はありますか: はい・いいえ

(看護師記入欄: BP: / mmHg, P: min, T: °C)