

様

年 月 日 歳



1 どうされましたか？(○をつけるか記入してください)

- ・頭が痛い ・重い ・しびれる ・めまい(ふらふらする)
- ・手足に力が入らない ・手・足がしびれる ・話しづらい
- ・頭を打った ( 打った場所は？前 後ろ 顔 )
- (その後、吐き気・嘔吐・頭痛はありましたか？)
- ・物忘れがひどい
- ・その他 ( )

2 症状はいつからですか？(例:○月○日から)

( )

3 現在、飲んでいる薬を教えてください

- ・ない ・ある

飲んでいる薬がある方は薬手帳か薬をみせてください

( )

4 今、治療中の病気、けが、今までの入院、手術などを教えてください

- ・ない ・ある 病名などを書いてください

( )

5 今までに、合わなかった薬はありますか？

- ・ない ・ある どのような薬ですか？

( )

6 ぜんそく はありますか？

- ・ない ・ある

7 心臓にペースメーカーがありますか？

- ・ない ・ある

8 今までに、骨折などで身体に金属が入ってますか？

- ・ない ・ある