

初診申込票 & 問診表

ふりがな		女性・男性	職種	
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
住所	(〒 -)			
電話番号		身長	cm	体重 kg

※当てはまる□にチェック をお願いします。

当院を何でお知りになりましたか？

YouTube
インターネット(HPやブログ)
紹介や口コミ
看板
さむら脳神経の資料
他の医療機関(医療機関名:)
電話帳
はがき
テレビ(RBC)
ラジオ
うちわ
その他()

食事または薬剤にアレルギーがありますか？
はい
いいえ
 「はい」の方→アレルギーのある食事または薬剤を記入願います。
 ()

今飲んでいるお薬はございますか？
はい
いいえ
 閉所恐怖症ですか？
はい
いいえ
 「はい」の方、軽い安定剤の服用を希望しますか？
はい
いいえ