

初診申込票 & 問診票

ふりがな				女性・男性	職業
氏名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	(満歳)
住所	(〒 -)				
電話番号	自宅		身長		体重
	携帯			cm	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 () 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をお願いします。
()

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

一番に見て欲しいものに◎をつけて下さい。
 気になる症状には、レ点のチェック☑をお願いします。

- 頭痛 吐く直前や、嘔吐がある
吐き気、嘔吐はない
吐き気、嘔吐はあったり、無かったりする
一瞬の痛み 持続する痛み
肩こり、首こり
頭痛の前に、視覚異常（光が見える）がある
- 顔の痛み 一瞬の痛み 持続する痛み
- しびれ 顔 頭 手 足
- 物忘れ 頭部打撲 めまい 意識消失
- 記憶が飛んだ 交通事故 頭部打撲して意識消失した
- その他 ()

※本日、ヘアカースプレー、増毛パウダー等を使用していませんか？
 使用していない 使用している