

# 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					

※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、ヘアカラスプレー、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

※手術等で体内に金属や異物、歯の矯正はありませんか？

- なし  あり