

## 初 診 申 込 票 &amp; 問 診 票

2025/12/27更新

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	携帯(必須)		身長	体重
	自宅		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

一番に見て欲しい症状に○、気になる症状に□を付けて下さい。

- 頭痛      一瞬の痛み 持続する頭痛  
突然くる激しい頭痛が持続している  
嘔吐 [あり・なし・時々あり]  
吐き気 [あり・なし・時々あり]  
肩こり、首こり  
頭痛の前に、視覚異常（光が見える）がある
- めまい      引っ張られる感覚 回って見える  
揺れている感じ 浮いてる感じ
- しびれ 部位 [ ] [左・右・両方]
- 顔の痛み      一瞬の痛み [左・右] 持続する痛み [左・右]
- 顔面の痙攣 部位 [ ] [左・右] 顔面の麻痺 [左・右]
- 物忘れ [現在運転している 運転していない]
- 交通事故      定期検査      耳鳴り
- 頭部打撲      頭部打ぼく後、意識消失      意識消失後、頭部打ぼく  
意識消失なし
- その他 [ ]
- ※部分白髪隠しパウダー、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
- ※マグネットネイル・マグネット付けまつげをしていますか?  
なし あり

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。