

初 診 申 込 票 & 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					
				c m	k g	

※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すか？

□ 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。