

初 診 申 込 票 & 問 診 票

(2026/04 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 c m	体重 k g	
	自宅				

※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CM ☐ラジオCM ☐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。

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \\ \vdots \\ \vdots \end{array} \right)$$

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

現在、車など運転をしていますか？ ☐ 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

☐嘔吐〔あり・なし〕 ☐吐き気〔あり・なし〕

☐ 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

☐交通事故 ☐耳鳴り ☐定期検査

□ 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〔 〕

Y

※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、歯の矯正はありますか？

☐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努めています。

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。