

初診申込票 & 問診表

ふりがな		女性・男性	職種	
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
住所	(〒 -)			
電話番号		身長	cm	体重
				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(医療機関名:) 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願います。
 ()

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

一番に診て欲しいものに◎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
- しびれ → 顔 頭 手 足
- 物忘れ 頭部打撲 めまい 意識消失
- 顔の痛み・・・一瞬の痛み 持続する痛み
- 交通事故 その他()