

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	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) □ 紹介やクチコミ □ 看板 □ はがき

□ さむら脳神経外科クリニックの資料 □ ラジオCM □ その他 ()

□ 紹介状あり □ 他医療機関から受診をすすめられた (名称:)

食べ物または薬剤にアレルギーがありますか？ □ いいえ □ はい()

今飲んでいるお薬はありますか？ □ いいえ □ はい()

→お薬手帳をお持ちでない方は薬剤名を記入()

閉所恐怖症ですか？ □ いいえ □ はい(軽い安定剤の服用を希望しますか？ □ いいえ □ はい)

現在、車など運転をしていますか？ □ いいえ □ はい

□ 定期検査

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(月 日) □ 耳鳴り

□ 頭部打撲 □ 頭部打ばく後、意識消失 □ 意識消失後、頭部打ばく (月 日) □ 意識消失なし □ 仕事中または通勤中

□ 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

※ ヘアクリーム・オイルの使用 □ なし □ あり ()

※ 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。