

☐薬手帳 ☐事前問診 ☐尿検査 ☐同意書

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□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

☐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 ☐目の前が暗くなるような ☐気を失いそうになるような感じ

☐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〕

☐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。