

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	体重	
	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 (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 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]
 - 物忘れ 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せんか？
 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