

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			c m	k g	

※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

☐ 頭部打ぶく後、意識消失

☐ 意識消失後、頭部打ぶく

(月 日)

☐ 意識消失なし

☐ 工作中または通勤中

☐ 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すか？

- ☐ 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。