

# 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		Fax	身長	体重	
紹介医			cm	kg	

※当てはまる□にチェック☑、カッコ内には○、必要があれば追加記入をお願いします。

**当院を何でお知りになりましたか？**

インターネット(HPやブログ)   知り合いからの紹介や口コミ   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   その他( )

☆今後当院からの医療情報や診療案内等のハガキを郵送してよろしいですか。   はい   いいえ

---

**1) 今日はどうされましたか？ お困りの症状は何ですか？ (複数回答可)**

頭痛   めまい   物忘れ   ふるえ   手足のしびれ   耳鳴り

頭部打撲   ロレツ難   交通事故   視覚異常   顔面の痛み   その他

**2) これまでに大きな病気をしたことがありますか？**

脳の病気   生活習慣病   心臓の病気

手術した事がある   その他

**3) 現在飲んでいるお薬がありますか？**   はい   いいえ  
 「はい」の方→お薬手帳を受付担当まで提示願います。

**4) 身内の方で大きな病気をされた方はおられますか？**

**5) たばこ(1日 本)喫煙歴 年      お酒(週 日)**

**6) 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。  
 ( )

**7) 本日の検査で脳腫瘍や動脈瘤など難しい病気が見つかった場合、告知はどうしますか？**

自分で聞く   家族のみに話して欲しい( )

※ 担当医の判断で、ご家族への説明を優先させて頂く場合がありますことをご了承ください。