

初診日: H 年 月 日



頭痛外来 初診問診票

平成 年 月 日

フリガナ

身長 _____ cm

お名前

様 男 ・ 女

体重 _____ kg

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳

電話番号 () 携帯番号 ()

ご住所 〒

1. 当院や系列のクリニックで健康診断・保険診療を受けたことがある場合は口にチェックをしてください。

当院 第二セントラルクリニック 品川シーサイドクリニック (診察券 なし・あり)

2. いつ頃から・どのような症状がありますか? 具体的にご記入ください。

☆ 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか? なし ・ あり

医療機関()

投薬・注射(薬剤名)

CT・MR(検査日) CD持参(なし ・ あり)

3. 現在、治療中の病気はありますか? その他ペースメーカー等があればご記入ください。 なし ・ あり

医療機関() 病名()

投薬・治療内容等()

4. 緑内障・喘息・甲状腺疾患(橋本病・バセドウ病等)と診断されたことがありますか? なし ・ あり

開放性緑内障 閉塞性緑内障 喘息 甲状腺疾患()

5. 今までに大きな病気にかかったり入院・手術をしたことがありますか? なし ・ あり

(歳/病名)

(歳/入院・手術)

6. お薬のアレルギーはありますか? なし ・ あり (薬剤名)

7. 他にアレルギーはありますか? なし ・ あり (下記に○をしてください)

食べ物()・花粉症・ハウスダスト・ダニ・アトピー・金属・その他()

8. 血縁(2親等以内)に下記の病気の方がいる場合は()内に続柄をご記入ください。

片頭痛() 脳卒中() 高血圧() 心臓病()

糖尿病() 甲状腺() 癌 () 喘息()

アレルギー() その他()

9. 女性の方のみお答えください。

最終月経はいつからですか? 年 月 日から 日間

妊娠の可能性はありますか? なし ・ あり (現在妊娠 週)

頭痛外来初診予約をされた方へのご案内

予約日より3日以内に、初診問診票と保険証コピーを下記にFAXお願い致します。

FAX番号：03-5568-8701

お問い合わせは下記代表ダイヤルにお願い致します。

代表電話：03-5568-8700

当日の **受付開始時間は8：10** です。

クリニック入口にある列の最後尾にお並びいただき、ご案内があるまでお待ちください。

※万が一、電車遅延等で受付開始時間に遅れる場合は必ずご連絡下さいますようお願い致します。

※原則、予約日・時間の変更は出来かねます。

キャンセルされた場合には、改めて予約電話日に専用ダイヤルにて予約の取り直しが必要となりますのでご了承ください。

【当日お持ちいただくもの】

- ・ 保険証（医療証）
- ・ FAXして頂いた問診票の原本
- ・ お薬手帳

紹介状、採血結果、フィルム、
CD-R等他院からの参考資料を
お持ちの方は必ず受付時に
ご提示お願い致します。

【注意事項】

頭痛外来の診察は大変混雑致します。

初診の際は特に診察・検査等にお時間がかかりますので、予約日当日は1日予定を空けて
ご来院下さいますようお願い申し上げます。