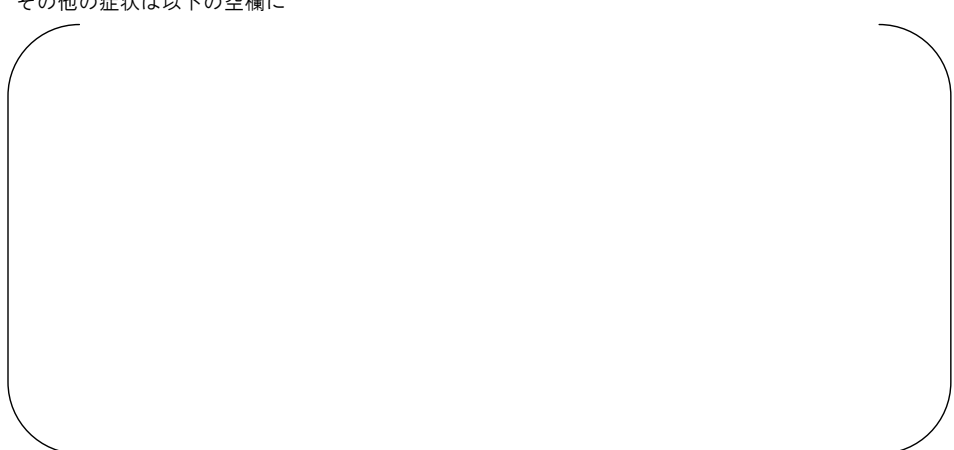


脳神経外科：篠永教授 診療予約申込書 No. 1

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女 (いずれかに○)
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日 生 満 歳
郵便番号			
住所			
電話番号			
携帯電話			
FAX番号			
紹介医			

◎現在の症状（当てはまるものにすべて○をつけてください）

起き上がっているときのみ頭痛がする	常に頭痛がする	頭が重い	頸部痛
首を動かすとじゅりじゅり音がする	顔面痛	背中痛み	腰痛
上肢痛	手足しびれ	回転性めまい	ゆるやかなめまい
目のかすみ	光がまぶしい	視野に黒い点や光が見える	物が二重に見える
視力が低下した	顔がしびれる	顎関節の痛み・違和感	物が飲み込みにくい
声が出にくい	匂いを感じない	味覚が変わった	常に吐き気がする
食後に吐き気がする	胃がもたれる	極度の便秘	下痢便秘を繰り返す
息苦しい	呼吸するのがつらい	微熱がある	忘れっぽくなった
物をよく無くしてしまう	集中力がなくなった	気力がわかない	寝つきが悪い
途中で何度も目が覚める	朝の寝起きが悪い	常にだるい	すぐに疲れる
性欲がなくなった	頻尿	尿の出が悪い	女性の場合・月経不順
風邪をひきやすくなった	アトピーがひどくなった		
天気が悪くなる時前は具合が悪くなる		横になると症状が楽になる	
その他の症状は以下の空欄に			
			

脳神経外科：篠永教授 診療予約申込書 No. 2

◎経過

◎外傷歴（交通事故、転倒、スポーツなど）

◎既往症（今回の病気に無関係でもすべて）

◎これまでに受診した病院、クリニックなど

※すべてご記入いただき、医師の紹介状（診療情報提供書）を添えて、下記宛先までご送付いただきますようお願いいたします。

（申込書送付先）

〒413-0012 静岡県熱海市東海岸町13-1

国際医療福祉大学附属熱海病院 脳神経外科：篠永教授予約係 宛