

脳外科問診票

(診察の参考に致しますのでわかる範囲でご記入ください)

お名前 () 年齢 () 歳

記載日 (20) 年 () 月 () 日

記載者 ☐ 本人 ☐ 代理 () 続柄 ()

問 1. 本日受診された理由。いつから、どこにどのような症状がありましたか？

いつから・・・()

どこに・・・()

どのような・・・()

問 2. 現在処方されているお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

※1 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方を除き記載
は省略可です

※2 お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 3. 女性のみ

妊娠している可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい (妊娠 週) ☐ わからない

授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい