

# 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. 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・・・( )