脳　外　科　問　診　票

【お名前　　様　】　記入日　　年　　月　　日

１、今日、診察に来られた理由を書いてください。いつ頃から、どんな症状がありましたか？

２、定期的に診察を受けている疾患はありますか？

イ)　ない　　ロ)　ある　（ひきつけ、 高血圧、 糖尿病、 喘息、心臓病 ）
その他　（　　）

３、ある方はどちらの医療機関にかかっていますか？医療機関名をご記入下さい。
（　　）

４、いつも内服されているお薬はありますか？　市販薬、頭痛薬も含む。

イ)　ない　　ロ)　ある（　　）

５、　以前に、入院又は手術を受けたことがある方は、病名を書いてください。

イ)　ない　　ロ)　ある　（　　歳頃　病名：　　）
（　　歳頃　病名：　　）
（　　歳頃　病名：　　）

６、アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで
蕁麻疹やショックなど）

イ)　ない　　ロ)　ある　（　　）

７、女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか？（　ある　　ない　　わからない　）
最終月経　　月　　日

現在、授乳中　（　はい：産後　　年　　か月　）

現在、ピル・女性ホルモンを服用されてますか　（はい：内容　　）