

脳ドック 問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女 様	年齢	生年月日		
お名前			歳	大・昭・平・令	年	月 日
ご住所	〒	-	電話	- -		
			携帯	- -		
			身長	cm		体重

○記入上のご注意

- ・ 選択肢のある質問については選択肢の中から該当するものに○で囲む、もしくは□にレをご記入ください。
- ・ 選択肢のない質問については空欄（ ）の中にご記入ください。

☆検診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ちください。

1. 脳ドックをお受けになろうとした動機をお聞かせください。

- 健康に不安はないが、家族や知人に勧められたから
- 健康状態で気になっていることがあったから
- 家系的に脳関連の病気の人が多いから
- 現在症状はないが、以前頭の症状があった → 次の2. をご回答ください。
- その他（ ）

2. 現在症状はないが、以前頭の症状があった方への質問です。（無い方は3. へ）

- いつごろ、どのような症状でしたか。
(年 月 日 ころ)
(具体的な症状：)

3. 今までに脳ドックを受けたことがありますか？

いいえ はい → (病院名 : 年 月頃)

4. 今までにMRIを受けたことがありますか？

いいえ はい

5. 体内に何か金属が入っていますか？

なし ペースメーカー ステント 脳動脈瘤クリップ 人工内耳 補聴器 人工弁
 インプラント 歯列矯正 ブリッジ 磁石を使った義歯 刺青 その他 ()

6. 血圧が高い（高血圧症）と診断されたことがありますか？

いいえ はい → (お薬は飲んでいますか？ いいえ はい)

7. 血糖が高い（糖尿病）と診断されたことがありますか？

いいえ はい → (お薬は飲んでいますか？ いいえ はい)

8. コレステロールまたは、中性脂肪が高いと診断されたことがありますか？

いいえ はい → (お薬は飲んでいますか？ いいえ はい)

9. 不整脈や心房細動と診断されたことがありますか？

いいえ はい → (お薬は飲んでいますか？ いいえ はい)

10. 尿酸が高い、あるいは痛風と診断されたことはありますか？

いいえ はい→（お薬は飲んでいますか？ いいえ はい）

11. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。

病名（ ） 手術名（ ）（ ）年頃

病名（ ） 手術名（ ）（ ）年頃

12. 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

心房細動 その他心疾患 脳卒中（脳梗塞・脳出血） くも膜下出血 認知症 高血圧 糖尿病

13. 喫煙しますか？

いいえ はい→（喫煙年数 年 1日 本） 現在禁煙中（禁煙期間 年）

14. お酒を飲んでいますか？

いいえ はい→（毎日・時々（1週間に 回位）

一回の飲酒量・・・（ビール 350ml 本）（日本酒 合）（焼酎 合）（その他 ）

15. 運動の習慣はありますか？

ほとんどしない 月に1度程度 週に1度 週2～3回 毎日している

16. よく眠れていますか？

いいえ はい

17. 睡眠時無呼吸はありますか？

ない ある わからない

18. 食事について？

不規則 偏食が多い 間食が多い 塩辛いものが好き 甘いものが好き 油っこい物が好き

19. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

バス広告 ホームページ かかりつけの病院からの紹介 知人からのすすめ
 その他（ ）