

# 脳ドック 問診票

ID : .....

フリガナ

氏名 .....

生年月日 M.T.S.H 年 月 日 年齢 歳

〒

住所 .....

電話番号 ( ) .....

- (1) 今までに脳の検査を受けたことがありますか。  
はい →それはいつ頃ですか 年 月頃  
→その時の結果は 異常なし ・ 異常あり ( )  
いいえ
- (2) 今回、脳ドックを受診された理由をご自由にお書き下さい
- (3) ご家族の中で脳の病気で治療をされた方がいますか。  
はい (症状 : )  
いいえ
- (4) 今までに大きな病気をしたことがありますか。  
はい →高血圧・高脂血症・不整脈・心臓疾患・糖尿病・喘息・胃十二指腸疾患  
肝臓病・腎臓病・婦人科疾患・泌尿器科疾患・その他 ( )  
いいえ
- (5) かかりつけの病院はありますか  
はい →病院名 :  
いいえ
- (6) 現在飲んでいる薬はありますか  
はい (何のお薬ですか : )  
いいえ
- (7) 現在の体の調子、嗜好、生活状況を教えてください。  
a) 食欲 良 普通 不良  
b) 睡眠 良 普通 不良  
c) 便秘 良 普通 不良  
d) たばこ ( 本/日 : 年)  
e) 酒 (日本酒 合/日 : ビール大・小 本/日  
その他 /日)  
f) 仕事 : 残業 : 週 回、 時間程度  
g) 運動 :
- (8) 本日 MRI を撮りますが、妊娠の可能性、体内に金属 (インプラント) はありますか。  
はい  
いいえ
- (9) 特にお聞きしたいことはありますか