

脳ドック問診票

医療法人財団恵仁会藤木病院

受診日	年 月 日 ()		
ふりがな			性別 男・女
お名前			身長 cm
			体重 kg
生年月日	年 月 日 (歳)		
ご住所	〒 -		
電話番号			
ご職業			

～記入上のご注意～

1. 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○で囲んでください。
2. 選択肢のない質問については空欄()のなかにできるだけ具体的にご記入ください。

☆検診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ち下さい。(正面受付まで)

- ☆ 質問は下記の7項目があります。質問について無記入のところが無いようにお願いします。
☆ わからないことがありましたらその旨当日医師にご質問下さい。

1. 脳ドックについて
2. 既往歴について
3. 健康状態について
4. 現在治療中の病気はありますか？また、いつ頃からですか？
5. 現在常用しているお薬はありますか？また、その種類をおしえてください。
6. ご家族について
7. 生活習慣について

1. 脳ドックについて

- ① 今までに脳ドックをうけたことがありますか？
・ ある（時期 年 月頃 病院名 ） ・ ない
- ② 今までにMRIやCTを受けたことがありますか？
・ ある（時期 年 月頃 病院名 ） ・ ない
- ③ 脳ドックをお受けになろうとした動機をお聞かせ下さい。
ア 健康に不安は無いが、家族や知人に勧められたから。
イ 健康状態で気になっていることがあったから。
ウ 以前、脳疾患にかかったことがあるから。
エ 家系的に脳関係の病気の人が多いから。
オ その他（ ）

2. 既往症について

今までにあなたがかかった病気があれば、該当する番号を○で囲んでください。

23 その他の場合は病名を具体的に（ ）に記入してください。

1. 心臓病 2. 脳卒中 3. 高血圧 4. 胃潰瘍 5. 肝臓病
6. 膵臓病 7. 腎臓病 8. 糖尿病 9. 肺結核 10. てんかん
11. 気管炎 12. 神経痛 13. 貧血 14. リウマチ 15. 甲状腺疾患
16. 胆石 17. 腎臓 18. 白内障 19. 緑内障 20. 膀胱疾患
21. 前立腺疾患
22. 大きな手術（手術名 手術日 昭和・平成 年 月 日）
23. その他（ ）

3. 健康状態について（複数選択可）

- ① 頭痛がする → 頻度（ ） 継続時間（ ）
痛み方（ ） 部位（ ）
随伴症状・・・頭痛に伴う頭痛以外の症状、吐き
（ ）
- ② めまいがする → ア 周囲、天井等がグルグルまわる
イ 歩くとフラフラする
ウ 立ちくらみがする
エ 目の前が急に暗くなる
- ③ けいれんをおこしたり、意識を失ったことがある
- ④ 手足がしびれる
- ⑤ 一時的に手足の力が抜けるときがある
- ⑥ 手足の動きが鈍い
- ⑦ 言葉がしゃべりにくい、ろれつが回りにくい
- ⑧ 忘れっぽくなった
- ⑨ 心電図をとって異常を指摘されたことがある
- ⑩ その他

4. 現在治療中の病気はありますか？また、いつ頃からですか？

ある・ない
「ある」方 → 病名 ()
 病院名 ()
いつ頃からですか？ 昭和・平成 年 月 日頃から

5. 現在常用しているお薬はありますか？また、その種類を教： TEL () -

常用しているお薬……… ある・ない
「ある」方 → 薬名または何の薬ですか？

()

6. ご家族について

あなたのご家族で(すでにお亡くなりになった方も含めて)、次にあげる病気の既往があれば該当する番号に○を付けてください。該当がない場合は該当なしに○を付けてください。

病名	父	母	兄弟姉妹	その他
1 癌				
2 脳卒中 ※ア				
3 高血圧				
4 糖尿病				
5 心臓病				
6 リウマチ				
7 ぜんそく				
8 結核				
9 その他 (病名)				
10 該当なし				

※ア 脳卒中に該当の場合最終診断を選んでください。

- ① 脳出血 ② 脳血栓・脳梗塞 ③クモ膜下出血

7. 生活習慣について

あなたの生活習慣についてお聞きします。各問いの選択肢には該当するものに○を、空欄には適する語句を記入してください。

A) 睡眠について

※ 平均的睡眠時間は1日 (~)時間

* 該当する番号を○で囲んでください。

① 寝つきが悪い

TEL ()

② 目が覚めやすい

B) 喫煙について

① 吸わない

② 吸う

③ 過去に喫煙していたが、現在は禁煙中。 → 禁煙期間 ()年間

C) 飲酒について

① 飲酒する → 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

② 飲酒しない ウイスキー 水割()杯 焼酎 ()合

D) 食事について (複数回答可)

① 不規則 ② 偏食が多い ③ 間食が多い ④ 塩辛いものが好き

⑤ 甘いものが好き ⑥ 油っこい物が好き

E) 便通について (複数回答可)

① 不規則 ② 便秘がち ③ 痔がある ④ 出血する

☆お疲れさまです！当日お気をつけていらしてください。

☆健診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ちください。(正面受付まで)