

脳ドック問診票

こじま脳神経外科クリニック

ふりがな

西暦 大正・昭和・平成・令和

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____

ご自宅電話 _____

携帯電話 _____

① 今までに治療した病気や現在治療中の病気はありますか

はい ・脳卒中 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞
・ぜんそく ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他(_____)

いいえ

② 現在、服用しているお薬があれば教えてください

[_____]

③ 今回、脳ドックを受診しようとした理由を教えてください。

[_____]

④ 今までに脳のMRI検査を受けたことがありますか

はい → それはいつ頃のことですか? (_____ 年 _____ 月頃)

いいえ

⑤ ご家族で脳の病気をされた方がおられますか

はい → 脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血) 脳腫瘍(_____)
その他 (_____)

いいえ

⑥ 生活習慣について教えてください。

・喫煙 吸う 吸っていた 全く吸わない

→ 吸う方や吸っていた方 (_____)年間 一日平均(_____ 本)

・飲酒 毎日 時々 飲まない

→ 一日の飲酒量 何を(_____) どれくらい(_____)

・運動習慣

30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施 はい いいえ

日常生活で歩行またはこれに相当する運動を1日1時間以上実施 はい いいえ

当クリニックでドックを受けようと思ったきっかけを教えてください。

当院ホームページ 病院ナビ 知人・家族の勧め チラシをみて

看板をみて 他の医療機関の紹介 その他(_____)

お手数ですが、MRI問診票の記載もおねがい致します。