

## 脳ドック予診票

受診日	年 月 日 ( )		
ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		TEL ( )	—
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)		
ご住所	〒		
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 ( ) のなかになの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。(正面受付までご提出ください。)

- ☆ 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看護師にご質問下さい。

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った病気があれば、該当する番号を○で囲んでください。

その他の場合は病名を具体的に ( ) に記入してください。

0. なし

- |           |            |         |          |           |
|-----------|------------|---------|----------|-----------|
| 1. 心臓病    | 2. 脳卒中発作   | 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. 気管支喘息 | 12. 神経痛    | 13. 貧血  | 14. リウマチ | 15. 甲状腺疾患 |
| 16. 胆石    | 17. 腎臓・尿結石 | 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 ( )

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

( )

⑪ なし

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？

ある ・ ない

「ある」方 → お薬手帳をお持ちください。

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※				
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				

※ 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

A) 睡眠について

※ 平均的睡眠時間は一日 (            ~            ) 時間

\* 該当する番号を○で囲んでください。

- ① 寝つきが悪い
- ② 目が覚めやすい
- ③ よく眠れている

B) 喫煙について

- ① 吸わない
- ② 吸う 喫煙年数 (            ) 年 一日 (            ) 本
- 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 (一週間に            回位)  
一回の飲酒量・・・ビール 350ml (            ) 本 日本酒 (            ) 合  
ウイスキー 水割 (            ) 杯 焼酎 (            ) 合
- ② 飲酒しない

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      ⑤ 異常なし

☆お疲れさまでした。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)