

医療法人財団 恵仁会 藤木病院

# 脳ドック問診票

医療法人財団恵仁会藤木病院

受診日	平成 年 月 日 ( )		
ふりがな			性別 男・女
お名前			身長 cm
			体重 kg
生年月日	大正・昭和・平成 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



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 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

② 目が覚めやすい

TEL (        )        -

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) 便秘について (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)