

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	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()
随伴症状・・・頭痛に伴う頭痛以外の症状、吐き気など。
()
- 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 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)