

脳ドック 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日		
氏名				
住所			性別	
電話番号		連絡先		

検査をはじめる前に、いくつか質問にお答えください。該当するところに○をつけてください。また、記入が必要なところには、記入をしてください。

- 今までに頭痛、しびれ、めまい、しゃべりにくい、などの症状を経験したことがありますか？
いいえ はい（症状）
- 今まで頭の病気で脳神経外科を受診もしくは治療（手術）を受けたことがありますか？
いいえ
はい 病名：
手術名：
時期： 年 月 日頃 その他の治療：
- 現在、治療中の病気はありますか？
いいえ
はい 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 高脂血症（コレステロールまたは中性脂肪が高い）
4. 心臓病 5. その他（
- 以前に治療された病気はありますか？
いいえ
はい 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 高脂血症（コレステロールまたは中性脂肪が高い）
4. 心臓病 5. その他（
- ご家族の中で脳の病気で治療された方はいらっしゃいますか？
いいえ はい（病名 続柄 ）
- 現在、飲んでいる薬はありますか？
いいえ はい（何のお薬ですか？ ）
- 現在の体の調子、嗜好、生活状況を教えてください。
a) たばこは？ 吸う（ 本/日 喫煙期間 年）吸わない
以前吸っていた（ 本 歳～ 歳迄）
b) お酒は？ 1. 毎日 2. 週 日程度 3. 飲まない
※ どれくらいの量ですか？日本酒 合 ビール 大・小 本/日
その他（ ）
c) 運動は？ 週 回 分程度
d) 現在の身長・体重を記入ください。 身長 cm 体重 kg