

脳ドック問診票

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」を忘れずにお持ちください。(2F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ください。

1. 脳ドックについて
2. 既往症について
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、その種類を教えてください。
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検査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 健康に不安はないが、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 家系的に脳関連の病気の人が多いから
カ その他（)

2. 既往症について

今までにあなたがか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・尿管結石 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）
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（ ）持続時間（ ）
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 心電図を取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 ()

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、その種類を教えてください。

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？

()

いつ頃から飲まれていますか？ 昭和・平成 年 月 日頃から

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
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)			
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・脳塞栓 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。各間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

*平均睡眠時間は1日 (~) 時間

*該当する番号を○で囲んでください。(複数選択可)

- ①寝つきが悪い
- ②目が覚めやすい
- ③毎日規則的に就寝できない

B) 喫煙について

- ① 吸わない
- ② 吸う → 喫煙期間 () 歳より () 年間。1日平均 () 本
- ③ 過去に喫煙していたが、現在は禁煙中 → 禁煙機関 () 年間

C) 飲酒について

- ① 飲酒する → 毎日・時々 (1週間に 回位)
1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 (複数選択可)

- ① 不規則 ② 偏食が多い ③ 間食が多い ④ 塩辛い物が好き
- ⑤ 甘い物が好き ⑥ 油っこい物が好き

E) 便秘について (複数選択可)

- 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。
☆検診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ちください。(2F 受付まで)



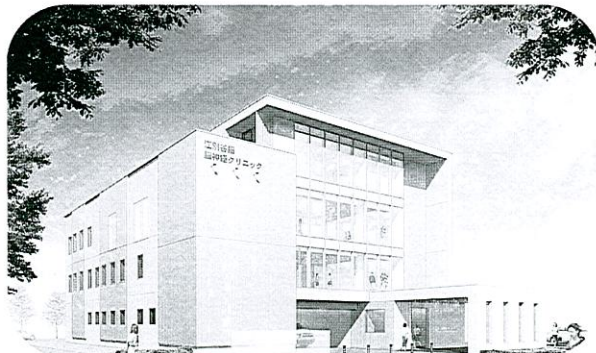
江別谷藤脳神経クリニック

●診療科目
脳神経外科・放射線科・脳ドック

●診療時間
休診日/金曜午前・土曜・日曜・祝日

	月	火	水	木	金
9:00~12:30	●	●	●	●	●
13:30~16:30	●	●	●	●	●
13:30~17:00	●	●	●	●	●
18:00~21:30	●	●	●	●	●

●脳ドック
予約を承っております
夜間も受け付けております



〒069-0812
江別市幸町4-10
TEL 011-382-3333