脳ドック問診表　わかる範囲で結構ですのでご記入お願いします。

カタカナ お名前	男・女	住所　〒
大・昭・平・令 年　月　日（　）才	体重 ｋｇ	電話番号（　） 携帯番号（　）

① 今回脳ドックを受けようと思ったきっかけはなんですか？　該当箇所に☑を付けて下さい
- □自分で考えて
- □家族に勧められて
- □知人、友人に勧められて
- □家族や知人が脳の病気になったので
- □テレビやインターネットで情報を見て

② 今までに気になる症状を経験したことがありますか？
- □全くない
- □頭痛　□首の痛み　□肩こり　□めまい　□ふらつき　□耳鳴り　□難聴
- □記憶力低下　□物忘れ
- □手足のしびれ　□手足の麻痺　□歩行障害　□言葉の障害　□見えづらい感じ

③ 今まで経験した病気や現在治療している病気はありますか？
- □大きな病気はしたことがない
- □生活習慣病・・・□高血圧症　□糖尿病　□高脂血症（コレステロール高値）　□尿酸値高値（痛風）
- □脳卒中・・・□脳梗塞　□脳出血　□くも膜下出血　□脳動脈瘤
- □その他脳の病気（　）
- □心臓病・・・□心筋梗塞　□狭心症　□不整脈　□心弁膜症　□心不全
- □ペースメーカー　□その他
- □癌・・・部位（　）
- □肝臓・胆のう・膵臓の病気
- □胃腸の病気　□肺の病気　□血液の病気　□内分泌の病気
- □その他（　）

④ 現在服用しているお薬はありますか？
- □病名　（　）
- □お薬名（　）

⑤ ご家族でかかったことのある病気はありますか？

⑥ 生活習慣について教えて下さい
- 飲酒・・・□飲まない　□時々少量飲む　□だいたい飲むが量は多くない　□よく飲む方だ
- 喫煙習慣・・・□まったく吸ったことがない　□（　）歳から吸い始めた　□（　）歳で止めた
- 現在も喫煙を続けている方・・・　□＿＿＿数本/日　□半箱/日　□1 箱/日　□それより多い
- 運動習慣・・・□全くしてない　□多少歩いたり軽度の運動をするよう心掛けている
  □何らかのスポーツを習慣にしている
- 睡眠・・・□よくとれている　□多少睡眠不足の時がある　□慢性的に睡眠不足
- ストレスは・・・□よく感じる　□人並だと思う