脳ドック問診票

立川脳神経外科クリニック

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　ご本人（　） ご家族・保護者　（　/続柄　）

該当箇所に☑を付けて下さい

脳ドックを受けようと思ったきっかけはなんですか？

□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

現在気になる症状がありますか？

□ない
□めまい　□ふらつき　□耳鳴り　□難聴
□頭痛　□首の痛み　□肩こり　□物忘れ
□記憶力低下　□見えづらい感じ　□言葉の障害
□手足の麻痺　□歩行障害　□手足のしびれ

現在服用しているお薬はありますか？

□ない　□ある　（お薬手帳は受付にご提示ください）
（　）

ご家族（血縁）の方がかかったことのある病気はありますか？

□脳疾患　□認知症　□片頭痛　□心疾患
□高血圧症　□高脂血症　□糖尿病　□癌

今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

□ない
□生活習慣病（高血圧症/糖尿病/高脂血症）　□脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他）
□心臓病（心筋梗塞または狭心症・不整脈・心弁膜症・心不全・ペースメーカー有）　□緑内症
□癌　（部位は　）　□その他　（　）

飲酒に関して

□飲まない
□機会飲酒　□ほぼ毎日飲む　□多めに飲む

睡眠に関して

□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

ストレスに関して

□よく感じる　□人並だと思う

運動習慣に関して

□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

喫煙習慣に関して

□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＿＿＿本/日

MRI 検査を行います。検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい

・MRI 検査を受けたことがありますか？	□はい	□いいえ
・手術をして体内に機械や器具が入っていますか？	□はい	□いいえ
・刺青（タトゥー）やアートメイクをしていますか？	□はい	□いいえ
・白髪染めをしていますか？	□はい	□いいえ
・カラーコンタクトレンズをしていますか？	□はい	□いいえ
・入れ歯や歯列の矯正器具はありますか？	□はい	□いいえ
・狭いところが苦手ですか？	□はい	□いいえ
・女性の方にお尋ねします。現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？	□はい	□いいえ

ご記入ありがとうございました