脳ドック問診票

区名: 男・女 生年月日: T S H 年 月 日 テープは所: 電話番号(自宅): 携帯電話: メールアドレス: 今後当院からのお知らせをアドレス宛にお送りしても宜しいですか? はい・いいえ 当院の脳ドックはどのようにして知りましたか? ・当院ホームページにで 知人からの紹介・他院からの紹介・家族からの紹介・その他() 夏長: cm 体重: kg ① 現在通院している医療機関はございますか? はい・いいえ (医療機関名: 診療科:) ② 既住歴をお伺いします。 特になし 鳴息 高血圧症 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 狭心症 その他 () ③ これまでに手術を受けたことはありますか? はい・いいえ (年齢: 歳 手術を受けたのような: 病気で手術をしたのか、内容を記載してください。 (年齢: 歳 手術を受けたことはありますか? * 「はいいの方は下記の必要なに罹患された方はいますか? * 「はいいの方は下記の必要なに罹患された方はいますか? * 「はいいの方は下記の必要なに罹患された方はいますか? * 「はいいの方は下記をつて回外となたが罹患されたかご記載ださい。 脳梗塞 脳出血 クモ楔下出血 脳動脈循 () () () () () () () () () (ID:		年	月	且
生年月日: T S H 年 月 日	フリガナ:	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T			
正話番号(自宅): 携帯電話:	<u>氏名: 男・女</u>	7			
 電話番号(自宅): 携帯電話: ★ールアドレス:	<u>生年月日: T S H 年 月 日</u>				
メールアドレス: 今後当院からのお知らせをアドレス宛にお送りしても宜しいですか? はい・いいえ 当院の脳ドックはどのようにして知りましたか? ・当院ホームページにて ・知人からの紹介 ・他院からの紹介 ・家族からの紹介 ・その他(〒 - ご住所:				_
今後当院からのお知らせをアドレス宛にお送りしても宜しいですか? はい・いいえ 当院の脳ドックはどのようにして知りましたか? ・地院からの紹介・その他()) ・家族からの紹介・その他()) ・他院からの紹介・表験を認定している医療機関はございますか? はい・いいえ(医療機関名:)) ① 現在通院している医療機関はございますか? はい・いいえ(医療機関名:)) ② 既往歴をお伺いします。					
当院ホームページにて・知人からの紹介・をの他(・出院ホームページにて・知人からの紹介・をの他(・世院からの紹介・をの他(・家族からの紹介・その他(・日本の他(・特になし、などない。 ・特になし、これまでに手術を受けたことはありますか? **「はい」の場とのようなご病気で手術をしたのか、内容を記載してください。(年齢: 歳 手術名又は病名: 手術を受けた病院名:) はい・いいえ・手術を受けた病気で手術をしたのか、内容を記載してください。(年齢: 歳 手術名又は病名: 手術を受けた病院名:) ・特にないの方はどのようなご病気で手術をしたのか、内容を記載してください。(年齢: 歳 手術名又は病名: 手術を受けた病院名:) はい・いいえ・「はい・いいえ・「なないの脳疾患に罹患された方はいますか? はい・いいえ・「はい」の方は下記をOで囲み、どなたが罹患されたかご記載ください。脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 脳動脈瘤 脳腫瘍 (())(())(()) はい・いいえ・「はい・いいえ・「はい」の場合は所記にお答えください。 種類 ()) ・数諸はされますか? *「はい」の場合は下記にお答えください。 種類 () り 別在、お身体の中に人工物が入っていますか? *「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー・シャント 人工内耳 ステント ブレート ボルト 部位 () インブラント ブリッジ その他 () はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ で臓病の可能性はありますか? はい・いいえ はい・いいえ で見てり 腰痛 倦怠感 不眠 その他 ()					
・当院ホームページにて ・		はい・	<u>. いいス</u>	£	
 ① 現在通院している医療機関はございますか? (医療機関名: 診療科:) ② 既往歴をお伺いします。	・当院ホームページにて・知人からの紹介・他院からの	の紹介)	
(医療機関名: 診療科:) ② 既往歴をお伺いします。	<u>身長: cm 体重: kg</u>				
端息 高血圧症 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 狭心症 その他(は し	,) - いし	ハえ
*「はい」の方はどのようなご病気で手術をしたのか、内容を記載してください。 (年齢: 歳 手術名又は病名: 手術を受けた病院名:) ④ 現在、内服している薬はありますか? (薬名: はい・いいえ、薬「はい」の方は下記を〇で囲み、どなたが罹患されたかご記載ください。脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 脳動脈瘤 脳腫瘍 (()) () () () () ⑥ 喫煙はされますか? はい・いいえ**「はい」の場合は頻度を教えて下さい。 本/日 歳~ 歳まで ② 飲酒はされますか? はい・いいえ**「はい」の場合は下記にお答えください。 種類 () 頻度 () ⑥ これまでにMR検査を受けたことはありますか? はい・いいえ**「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント ブレート ボルト 部位 () インブラント ブリッジ その他 () ⑩ 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ① 気になる症状はありますか? はい・いいえ ② 気になる症状はありますか? はい・いいえ ② 気になる症状はありますか? はい・いいえ	喘息 高血圧症 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血	心筋梗塞		持になし)
(薬名:) ⑤ ご家族、ご親族に下記の脳疾患に罹患された方はいますか? *「はい」の方は下記を〇で囲み、どなたが罹患されたかご記載ください。 脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 脳動脈瘤 脳腫瘍 (*「はい」の方はどのようなご病気で手術をしたのか、内容を記載し		\ ₀	, \ -	
*「はい」の方は下記を〇で囲み、どなたが罹患されたかご記載ください。 脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 脳動脈瘤 脳腫瘍 () () () () () () ⑥ 喫煙はされますか? はい・いいえ *「はい」の場合は頻度を教えて下さい。 本/日 歳~ 歳まで ⑦ 飲酒はされますか? はい・いいえ *「はい」の場合は下記にお答えください。 種類 () 頻度() ⑧ これまでにMR検査を受けたことはありますか? はい・いいえ ⑨ 現在、お身体の中に人工物が入っていますか? はい・いいえ *「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位() インプラント ブリッジ その他 () ⑩ 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ⑪ 気になる症状はありますか? はい・いいえ ① 気になる症状はありますか? はい・いいえ ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他 (はし	,ヽ - いし	ハ え)
*「はい」の場合は頻度を教えて下さい。 本/日 歳~ 歳まで ② 飲酒はされますか? はい・いいえ 種類() 頻度() ③ これまでにMR検査を受けたことはありますか? はい・いいえ ③ 現在、お身体の中に人工物が入っていますか? はい・いいえ 「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位() インプラント ブリッジ その他 () ① 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ① ご妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ ① ご妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ ② 気になる症状はありますか? はい・いいえ	*「はい」の方は下記を〇で囲み、どなたが罹患されたかご記載くた 脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 脳動脈瘤 脳腫瘍	ごさい。	はい	.) - 6)6	ハえ
⑦ 飲酒はされますか? はい・いいえ *「はい」の場合は下記にお答えください。)頻度(② これまでにMR検査を受けたことはありますか? はい・いいえ *「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位()インプラント ブリッジ その他(① 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ① ご妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ ② 気になる症状はありますか? ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他(⑥ 喫煙はされますか?	_	はし	ハ ・ い	ハえ
*「はい」の場合は下記にお答えください。 () 頻度() ③ これまでにMR検査を受けたことはありますか? はい・いいえ ③ 現在、お身体の中に人工物が入っていますか? はい・いいえ *「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位() インプラント ブリッジ その他() はい・いいえ ① 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ① 気になる症状はありますか? ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他(*「はい」の場合は頻度を教えて下さい。	大/日	歳~	<u>歳まで</u>	
 ③ 現在、お身体の中に人工物が入っていますか? *「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位() インプラント ブリッジ その他() ① 閉所恐怖症はありますか? はい・いいえ ① 気になる症状はありますか? はい・いいえ 環痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他(*「はい」の場合は下記にお答えください。		はい		ハえ
*「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート ボルト 部位() インプラント ブリッジ その他 () はい ・ いいえ ① 閉所恐怖症はありますか? はい ・ いいえ ② 気になる症状はありますか? ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他 (⑧ これまでにMR検査を受けたことはありますか?		はい	, ・ いし	ハえ
① ご妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ② 気になる症状はありますか? ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他(*「はい」と答えた場合は、下記に詳細をご記載ください。 心臓ペースメーカー シャント 人工内耳 ステント プレート	ボルト		, - נאנ)
② 気になる症状はありますか? ・特になし 頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他 (⑪ 閉所恐怖症はありますか?		はし	,ヽ - いし	ハえ
頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他 (① ご妊娠の可能性はありますか? 		はし	,ヽ・いし	ハえ
	頭痛 めまい 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠 その他(· =