

脳ドック問診票

ID:

年 月 日

フリガナ:



赤坂パークビル脳神経外科
菅原クリニック
東京脳ドック

氏名: _____ 男・女

生年月日: T S H 年 月 日

〒 _____ ご住所: _____

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 (_____)

身長: _____ 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 既往歴をお伺いします。 ・特になし
喘息 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
*「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? はい ・ いいえ
(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 ・ いいえ
*「はい」の方は下記を○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 シヤント 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 ご妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

⑫ 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 (_____)
*チェックのある方は当院提携先を紹介してもよろしいでしょうか? はい ・ いいえ