

脳ドック問診票

勝どき脳神経外科

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名 (才)	男・女	T / S / H 年 月 日
住所	電話番号	()
	携帯	()
職業	会社員・自営業・主婦・学生・その他()	
身長	cm	体重 kg

① 今回、脳ドックを受診された理由を教えてください

② 過去に脳ドックを受けたことがありますか

いいえ・はい 【時期： 年 月頃・病院名： 】

③ 過去に頭に関する症状を経験したことがありますか

特になし・頭痛・しびれ・めまい・しゃべりにくい・忘れっぽくなった・その他()

④ 現在、治療中の病気はありますか

特になし・高血圧・糖尿病・高脂血症・腎臓病・肝臓病・胃、十二指腸潰瘍・脳梗塞、脳卒中
心臓病・喘息・がん・痛風・前立腺肥大・緑内障・白内障・その他()

⑤ 手術を受けたことがありますか

いいえ・はい 【病名： いつ頃： 】

⑥ 現在、内服中のお薬はありますか ◆本日、お薬手帳・アプリをお持ちの方は、受付にお出してください

いいえ・はい 【薬剤名： 】

⑦ 何かアレルギーはありますか

いいえ・はい 【薬剤名、食品名等： 】

⑧ 血縁者の方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか(続柄をご記入ください)

脳出血() 脳梗塞() くも膜下出血() 高血圧() 糖尿病()
心臓病() 精神病() がん() 脂質異常症() いいえ

⑨ 嗜好品について教えてください

たばこ 【 吸う 本/日 歳から・禁煙中・吸わない 】

お酒 【 毎日飲む・時々飲む 回/月・飲まない 】

⑩ 睡眠について教えてください 良好・普通・悪い 【平均睡眠時間： 時間程度】

⑪ ここ半年の飛行機もしくは新幹線での移動はありましたか

いいえ・はい 【行先： 日付： 月 日 ~ 日間】