

フリガナ	生 年 月 日
氏 名 男 ・ 女 (才)	T / S / H 年 月 日
住 所	
TEL() 身長 ()cm 体重 ()Kg	
職業:会社員 ・ 自営業 ・ 主婦 ・ 学生 ・ その他()	

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 ・ 脂質異常症 ・ 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・美容施術を受けたことがありますか

いいえ ・ はい 【いつ頃: 病名:

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・注射名、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() 不明 ・ 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 】