

脳ドック問診票

《お願い》

脳ドックの診断のための参考資料とさせていただきます。

できるだけ詳しくご記入のうえ、脳ドック受診日にご持参ください。

氏名： _____

受診日： _____年____月____日 検査回数： _____回目 当院ID： _____

フリガナ	住所	〒 _____	
氏名	住所		
生年月日： _____年____月____日	連絡先	1. 自宅・携帯・会社 (○してください)	
年齢： _____歳 性別： 男・女		2. 自宅・携帯・会社 (○してください)	
身長： _____cm	体重： _____Kg	腹囲： _____cm	
《職業》			
①主な職業 _____ ②仕事をやめた年齢(_____歳) ③管理職経験 あり・なし			
《教育を受けた年数》			
小学校から計算して(_____年)			
《家族歴》			
①次の疾患が家族、血縁に一人でもあれば○を付けて下さい			
脳卒中	認知症	パーキンソン病等	高血圧
心筋梗塞	心房細動	精神病(うつ病等)	癌
糖尿病	くも膜下出血	脂質異常症(高脂血症)	
②上記疾患該当家族			
該当家族	疾患名	現在の年齢	
(例)父	パーキンソン病	66歳	
③家族・血縁者の最長長寿者年齢 (_____歳)			

《家族環境》

子供（ 人） 同居家族(自分以外)：（ 人）

配偶者(内縁を含む) 1.同居 2.別居 3.離婚 4.死別 5.未婚

《社会活動歴》

(例えば、自治委員、町内会長、老人会、婦人会の世話、社会団体役員等)

なし あり：数（ ）

《趣味》

趣味の数：（ ） 熱心さ：0.なし 1.たまに 2.普通 3.熱心

《運動》

0.ほとんど運動しない 1.月に1回 2.週に1回 3.週に2～3回 4.毎日する

好んでしている運動（ ）

《睡眠》

睡眠障害： 0.なし 1.あり (a.自己判断 b.医者診断)

睡眠時無呼吸症候群： 0.なし 1.あり 2.不明

《生活歴》

①たばこを吸っていますか

0.吸わない 1.吸う 2.喫煙した

1日（ ）本 （ ）歳から （ ）年間

喫煙指数 (1日平均本数 本×喫煙年数 年= 本)

⇒（ ）年前・ヶ月・週間・日前 から禁煙

②酒類は飲みますか

0.ほとんど飲まない 1.飲む 2.禁酒した

酒 合、ビール 本、ウイスキー 杯、焼酎 杯、その他（ ）

毎日・週（ ）回・月（ ）回

③定期的に人間ドックや健康診断を受けていますか

1.定期的に受けている 2.時々受けている 3.いいえ

《過去の病歴》

該当する疾患を○で囲み、発症年齢を記入してください

脳出血（ 歳）	脳梗塞（ 歳）	くも膜下出血（ 歳）
高血圧（ 歳）	糖尿病（ 歳）	脂質異常症（ 歳）
心房細動（ 歳）	その他疾患（ 歳）	脳疾患（ 歳）
認知症（ 歳）	頭部外傷（ 歳）	精神疾患（ 歳）
パーキンソン病（ 歳）	悪性腫瘍（ 歳）	感染症（ 歳）
その他（病名： （病名： （病名：		年齢： 年齢： 年齢：

《自覚症状》

該当する項目にすべて○をつけて下さい

頭痛・頭重	物忘れ	耳鳴り・眩暈	手足のしびれ
手足の脱力	舌のもつれ	歩行困難	腰痛
夜間頻尿	動悸・息切れ	肩こり	胃腸症状
易疲労感	不眠	意欲低下	集中力低下
胸が締め付けられるように痛い・重い		うつ気分	活力低下

《病期の詳細》

該当する項目に○、またはご記入下さい

・血圧について

平常時血圧：（ ）／（ ） mmHg

血圧のコントロール： 0.良好 1.変動 2.不良

降圧剤服用歴： 0.なし 1.不規則に服用 2.定期的に服用 3.過去に服用

服薬ありの方⇒薬剤名（ ）

・糖尿病のある方

0.食事療法のみ 1.経口薬あり（薬剤名： ） 2.インスリン注射

・血液をさらさらにする薬の服用

0.なし

1.あり ⇒ 1.アスピリン 2.プラビックス 3.プレタール 4.パナルジン

5.ワーファリン 6.その他（薬剤名： ）

・高脂血症

0.なし

1.あり ⇒ 薬の服用 0.なし 1.あり (薬剤名:)

高血圧症・糖尿病・高脂血症以外に治療中の疾患・服薬中のお薬があればご記入下さい

疾患名	薬剤名

最近受けられた健康診断の結果等で、気になることがあればご記入下さい

《脳卒中既往詳細》

脳卒中既往のある方は、具体的な診断名、発症の詳細、経過、現在の様子を記入して下さい

《物忘れの詳細》

0.物忘れなし

1.少しあるが日常生活に支障なし

2.日常生活に差し支える

3.人の手助けが必要

問題があればその内容を下記にお書き下さい

《当院を知っていただいたきっかけ》

院内掲示 ホームページ 知人 家族 診察時の説明

その他 ()

自己診断チェックリスト

以下の項目について、あなたの今の状態に一番あてはまるものに○を付けて下さい。

No.	質問項目	全くない	少し	かなり	大いに
1	新しいことを学びたいと思いますか？				
2	何か興味を持っていることがありますか？				
3	健康状態に関心がありますか？				
4	物事に打ち込めますか？				
5	いつも何かしたいと思っていますか？				
6	将来のことについて計画や目標を持っていますか？				
7	何かやろうとする意欲はありますか？				
8	毎日張り切って過ごしていますか？				

No.	質問項目	全く違う	少し	かなり	まさに
9	毎日何をしたらいいか誰かに言ってもらわなければなりませんか？				
10	何事も無関心ですか？				
11	関心を惹かれるものなど何もないですか？				
12	誰かに言われないと何もしませんか？				
13	楽しくもなく、悲しくもなく、その中間位の気持ちですか？				
14	自分自身にやる気がないと思いますか？				