

「脳ドック」質問表

氏名 _____

この質問表はドック検診の成績判定の参考にしますので、各項目に該当する□に印をつけ、
_____ に内容を記入の上、検診時にご提出下さい。

〈なお、この質問表の個人情報に関しては秘密を厳守いたします〉

(1)以下の既往歴がありますか？

くも膜下出血、 脳出血、 脳梗塞

高血圧、 糖尿病、 高脂血症、 心臓疾患

肝臓、 腎臓疾患、 その他 _____

手術の既往(病名) _____ (時期) _____

ドックを受けたことがある？(時期) _____

(2)家族歴はありますか？

くも膜下出血 脳出血 脳梗塞 心臓疾患 高血圧 糖尿病

(3)現在、病気で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方・・・病名(_____) 病院・医院名(_____)

薬を(飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名(_____)

(4)生活習慣をお聞かせ下さい。

喫煙：吸わない

以前、1日 _____ 本 _____ 間吸っていたが _____ 前からやめている

今も吸っている[1日 _____ 本 _____ 年間]

飲酒：飲まない

以前飲んでいましたが _____ 前からやめている

今も飲んでいる： 1日 1週間 1ヶ月 年間

[ビール _____ ml、日本酒・焼酎 _____ 合、洋酒・ワイン _____ ml]

運動：特になし、時々している

定期的に行っている[1日 _____ 時間 × 週 _____ 回 × 年間]

身長： _____ cm、体重： _____ kg [BMI: _____]

(5)自覚症状がありますか？

頭が痛い、めまい・ふらつきがある、耳鳴りがする、目がかすむ、

言葉がもつれる、よくむせる、歩きにくい、手足がしびれる、

手指がふるえる、肩がこる、目の前が暗くなる

その他 _____

※最後当院脳ドックを何でお知りになりましたか？

院内掲示、ホームページ、知人、家族、診察時の説明

その他 _____