

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 | | | |
| 生年月日： _____年____月____日 年齢： _____歳 性別： 男・女 | 連絡先 | 1. 自宅・携帯・会社 (○してください) 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.医者の診断)

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.定期的を受けている 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 ()