脳ドック問診票

1	な	願	ì,	7	/
//	<i>4</i> 0	/不具	V	4	//

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:年月日	 検査回数	汝: 回目	当院 ID:_		
フリガナ	住	〒 –			
氏名	所				
生年月日: 年 月 日 年齢: 歳 性別: 男・	連 絡	() 2. 自宅・携帯・	-	_	
身長: cm 体重:	失 Kg	() 腹囲: cm	1		
《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	高血圧	
心筋梗塞 心房細動	J #	精神病(うつ病等)	癌	癌	
糖尿病 くも膜下	出血	脂質異常症(高脂血症	Ė)		
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	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
// \\
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.禁煙した
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、ウィスキー 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	莴(歳)	悪性腫瘍(歳)	感染症(歳)
その他(病名	:				年齡:
(病名	:				年齡:
(病名	:				年齡:

《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.規則的に服用 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	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	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	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	サメ エ
問題があればその内容を下記にお書	妻 る ト 夕 <i>い</i>
《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()