

脳ドック申し込み問診表

和光脳神経外科・内科

「脳ドックを受けられる方、ご本人が記入してください」

【1】健診はMRI 検査を用いて行います。次の項目で「ある」に○を付けた方は、検査が出来ません。

- | | | | |
|----------------------------------|----|----|-------|
| 1) 心臓ペースメーカー・植え込み除細動器を使用していませんか？ | ある | ない | わからない |
| 2) 閉所及び暗所恐怖症はありますか？ | ある | ない | わからない |
| 3) 人工内耳／人工中耳を使用していませんか？ | ある | ない | わからない |
| 4) 女性の方へ／妊娠の可能性はありますか？ | ある | ない | わからない |

【2】以下の項目で「ある」に○を付けた方は、検査が出来ないことがあります。

- | | | | |
|------------------|----|----|-------|
| 1) 人工弁ははいていませんか？ | ある | ない | わからない |
| 2) 刺青はありますか？ | ある | ない | わからない |

【3】生活習慣についてお尋ねします。

- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| 1) 現在、服用中の薬はありますか？ | ある | ない | わからない |
| 「ある」の場合 高血圧の薬 / 糖尿病の薬 / 脂質代謝異常の薬 / その他 () | | | |
| 2) 喫煙習慣はありますか？ | ある | ない | |
| 3) 飲酒習慣はありますか？ | ある | ない | |
| 4) 定期的に運動をしていますか？ | している | していない | |

【4】症状

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1) 今までに頭痛、しびれ、めまい、しゃべりにくい、などの症状を経験したことがありますか？ | ある | ない | わからない |
| 2) 今までに脳卒中で脳神経外科を受診もしくは治療（手術）を受けたことがありますか？ | ある | ない | わからない |
| 3) ご家族の中で脳の病気で治療された方がいますか？ | ある | ない | わからない |
| 「ある」の場合 病気の種類 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 わからない | | | |
| 4) 今までに動悸・息切れ、胸痛、脈の乱れなどの症状を経験したことがありますか？ | ある | ない | わからない |

【5】脳ドックを受けようと思った理由は何ですか？

症状はないが心配なため / 脳卒中の再発が心配なので / TVマスコミ報道などで心配になったため
家族に脳卒中の人がいたため / その他 ()

記入欄 問診表記入者（自署）

生年月日 年 月 日

結果郵送先住所

〒 _____ 住所 _____

予約日時 年 月 日 時 分

予約時間の30分前までに来院ください。