ＩＤ　No.＿＿＿＿＿＿＿＿

脳検診問診票

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	□ 男 □ 女	生年月日　大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日（　　才）
住所　〒　　－		
電話（自宅）　　－　　－		電話（携帯）　　－　　－
身長 約　　cm	体重 約　　kg	利き手はどちらですか　□　右　□　左

血圧：　　／　　　　脈拍：　　　　体温：　　．　　℃

※血圧測定後 用紙にお名前のご記入をお願いします

1. **現在治療中、または過去にかかった病気、手術はありますか？**

□なし

□あり→下記に詳しくご記入ください　例）高血圧症 55 歳～・大腿骨頸部骨折 40 歳～

2. **現在 お薬を飲んでいますか**

□なし

□あり→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. **アレルギー（薬・注射・食べ物・花粉症）はありますか**

□なし

□あり→詳しくご記入ください＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. **血縁関係のある方に次のような病気の方はいますか**

□なし

□脳梗塞・脳出血・くも膜下出血（誰が＿＿＿＿＿＿）□がん（誰が＿＿＿＿＿＿）

5. **当てはまる項目にチェックをいれてください**

□心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　□ﾆﾄﾛﾀﾞｰﾑＴＴＳ使用　□脳動脈瘤頚部ｸﾘｯﾌﾟ　□補聴器　□人工内耳

□ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ　□義眼　□人口骨頭・人工関節　□ｽﾃﾝﾄ　□義歯（入れ歯）□金属ﾎﾞﾙﾄ

□ﾌﾟﾚｰﾄﾛｯﾄ　□なし

6. **たばこについてお答えください**

□現在吸っている＿＿＿＿才～＿＿＿＿本/日

□喫煙歴あり＿＿＿＿才～＿＿＿＿才まで・当時＿＿＿＿本/日

□喫煙歴なし

7. **アルコールについてお答えください**

□飲まない　□飲む＿＿＿＿回／週　お酒の種類＿＿＿＿＿＿　量＿＿＿＿＿＿

8. **睡眠中いびきをかきますか**

□なし　　□あり　　□わからない

9. **女性の方で当てはまる項目があればチェックしてください**

□なし　　□妊娠中　　□妊娠の可能性がある　□授乳中