

I D No. _____

脳ドック問診票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
住所 〒 _____		年	月	日(才)	
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	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左		

血圧: _____ / _____ 脈拍: _____ 体温: _____ °C

※血圧・体温測定はクリニックで行います

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

心臓ペースメーカー ニトダームTTS使用 脳動脈瘤頸部クリップ 補聴器 人工内耳

コンタクトレンズ 義眼 人口骨頭・人工関節 スtent 義歯(入れ歯) 金属ボルト

プレートロット 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

