

脳ドック 問診票

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
氏名				年 月 日 (歳)
住所	〒			
自宅電話番号		携帯電話		
身長・体重	cm	kg		

① 今までに大きな病気をした事がありますか？

- はい → 高血圧・高脂血症・不整脈・心臓疾患・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍
肝臓病・腎臓病・婦人科疾患・泌尿器科疾患・その他 ()
- いいえ

② 現在、服用しているお薬があれば、教えてください。

()

③ 今回、脳ドックを受診しようと思った理由を教えてください。

()

④ 今までに脳の検査を受けたことがありますか？

- はい → それはいつ頃の事ですか？ _____ 年 _____ 月頃
- いいえ

⑤ ご家族の中で脳の病気を治療された方がいますか？

- はい → 脳卒中(脳梗塞、脳血栓、脳内出血、くも膜下出血)、脳腫瘍(良性・悪性)
その他 ()
- いいえ

⑥ 現在、他の医療機関へ通われていますか？

- はい
- いいえ (病院名:)

⑦ 生活習慣について教えてください。

たばこ 吸う 吸っていた 吸わない

→ 吸う方・吸っていた方

喫煙年数 () 年間 一日喫煙本数 () 本/日

お酒 毎日 時々 ほとんど飲まない(飲めない)

→ 飲酒日の一日あたりの飲酒量

1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上

(※ 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、
ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml))

運動習慣

1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施 はい いいえ

日常生活において歩行又は同等の運動を1日1時間以上実施 はい いいえ

このクリニックのドックを受けようと思ったきっかけ(複数回答可)を教えてください。

- 家が近所 看板を見て(駅構内、バス、ビル前等) 新聞・チラシを見て(名称:)
- インターネット(当院ホームページ、病院なび、googlemap等) 知人・家族に聞いて
- 医療機関の紹介