

脳ドック 問診票

I.D.

フリガナ

氏名 (男・女)

生年月日 M.T.S.H 年 月 日 年齢 歳

住所

電話番号または携帯番号 - -

ご質問に をつけてお答え下さい。

現在、体のどこかに調子の悪いところがありますか？

はい(症状) いいえ

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？

はい(症状) いいえ

今までに頭の病気で脳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？

病名：

手術名：

その他治療：

(病院名：

時期：

年 月)

..... いいえ

その他現在治療中の病気はありますか？

a) 高血圧 b) 糖尿病 c) 高脂血症(コレステロールまたは中性脂肪が高い)

d) 心臓病 e) その他(.....) いいえ

以前に治療された病気はありますか？

a) 高血圧 b) 糖尿病 c) 高脂血症(コレステロールまたは中性脂肪が高い)

d) 心臓病 e) その他(.....) いいえ

ご家族の中で脳の病気で治療された方がいますか？

はい(症状) いいえ

現在飲んでいる薬はありますか？

はい(何のお薬ですか？) いいえ

現在の体の調子、嗜好、生活状況を教えてください。

a) 食欲は？ 良 普通 不良

b) 睡眠は？ 良 普通 不良

c) 便通は？ 良 普通 不良

d) たばこ (..... 本/日: 年)

e) 酒 (日本酒 合/日: ビール大、小 本/日: その他)

f) 仕事:(.....) 残業: 週 回、 時間くらい。

g) 運動:(.....)