

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
		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 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				

血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍： \_\_\_\_\_ 体温： \_\_\_\_\_ °C

※血圧測定後 用紙にお名前のご記入をお願いします

## 1. 今まで病気・ケガ・手術をした事がありますか

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※お薬手帳を提出された方は記入不要です

なし

あり→詳しくご記入ください \_\_\_\_\_

## 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  ニトログリセリン使用  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  なし

## 6. たばこについてお答えください

喫煙歴なし

喫煙歴あり \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才まで・当時 \_\_\_\_\_ 本/日

現在吸っている \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 才から

## 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

