

I D No. _____

脳検診問診票

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