

# 脳ドック 問診票

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 最終食事時間 \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_ 腹囲 \_\_\_\_\_

1. 既往歴 (下記に該当する項目があれば○ 及び年齢を記載してください)

病名	年齢	治療内容
高血圧		ない 治療中 治癒 放置 経過観察
糖尿病		ない 治療中 治癒 放置 経過観察
高脂血症		ない 治療中 治癒 放置 経過観察
痛風		ない 治療中 治癒 放置 経過観察
心臓病		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置 心筋梗塞 狭心症 不整脈 ( )
脳血管疾患		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置 脳梗塞 脳出血 脳動脈瘤 ( )
腎臓病		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置 腎不全 ( )
肝臓病		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置 肝炎 脂肪肝 肝硬変 ( )
呼吸器疾患		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置 喘息 肺気腫
がん ( )		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置
緑内障		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置
白内障		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置
前立腺肥大		ない 治療中 治癒 手術 経過観察 放置
その他		

2. 血縁者の中で以下の病気に該当する方がいればご記入ください

病名	続柄		
脳血管疾患		糖尿病	
高血圧		心臓病	
高脂血症		がん	

3. 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか

ない ある (⇒何のアレルギーですか 食べ物 ( ) 薬 ( ) 他 ( ) )

4. 体内に金属は入っていますか

ない ある (⇒どこに入っていますか ( ) )

5. 女性の方に伺います 現在 妊娠していますか (いいえ はい 可能性がある)

6. 下記に当てはまるものを選んでください

- ① たばこ 吸わない 吸う (⇒ 1日 本 年間 ) 禁煙した (⇒ 歳から)
- ② お酒 飲まない 飲む (⇒ 1日量 種類 頻度 (毎日 週1~3回 月1~3回)
- ③ 1日の食事量 1回 2回 3回 4回以上
- ④ 食事内容 規則的 不規則 偏食が多い 塩辛いものが好き 甘いものが好き  
脂っこいものが好き
- ⑤ 運動習慣 特にしらない 週に1回 週に2~4回 毎日
- ⑥ 睡眠 8時間以上 6~8時間程度 6時間未満

7. 気になる症状があれば記載下さい。( )