

## 脳ドック・シンプルコース 問診票

社会医療法人三車会  
貴志川リハビリテーション病院

検診日	西暦	年	月	日	( )
ふりがな					
お名前	性別 男 ・ 女				
	TEL - -				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	( 歳)
ご住所	〒 -				
ご職業					

～記入上のご注意～

- 選択肢のある質問については選択肢の中から該当するものを○で囲んでください。
- 選択肢のない質問については空欄 ( ) の中でできるだけ具体的にご記入ください。
- **脳ドック当日にこの「脳ドック・シンプルコース問診票」を忘れずにお持ちください。**

### 1. 既往症について

今までにあなたがかかった病気があれば、該当する番号を○で囲んでください。

その他の場合は病名を具体的に記入してください。

1. 脳卒中(脳出血)    2. 脳卒中(脳梗塞)    3. 脳卒中(クモ膜下出血)    4. 高血圧  
5. 糖尿病    6. てんかん    7. 高脂血症  
8. その他 ( )

### 2. 以前に、下記のような症状があった場合は、該当する番号を○で囲んでください。(複数選択可)

- ① 頭痛がした  
② めまいがした  
③ けいれんをおこしたり、意識を失ったことがある  
④ 手足がしびれた事がある  
⑤ 手足の動きが鈍いことがあった  
⑥ 言葉がしゃべりにくい、ろれつが回りにくいことがあった  
⑦ 心電図をとって異常を指摘されたことがある

### 3. 現在常用しているお薬はありますか？

常用しているお薬・・・ある ・ ない

ある方→薬名または何の薬ですか ( )

### 4. ご家族について

あなたのご家族で、次にあげる病気にかかったことがあれば、該当する項目に○を付けてください。

- ① 脳卒中(脳出血)    ② 脳卒中(脳梗塞)    ③ 脳卒中(クモ膜下出血)    ④ 高血圧  
⑤ 糖尿病    ⑥ 不整脈    ⑦ てんかん    ⑧ その他(病名 )

裏面に続く

