

# 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**

## 5. 生活習慣について

あなたの生活習慣についてお聞きします。

各問の選択肢には、該当するものに○を、空欄には適する語句を記入してください。

### A) 喫煙について

① 吸わない ② 吸う 1日平均( )本

### B) 飲酒について

① 飲酒しない ② 飲酒する → 毎日・時々(1週間に 回位)  
1回の飲酒量 ビール350ml( )本 日本酒( )合  
ウィスキー水割り( )杯 焼酎/水割り換算( )杯

## 6. MRI 検査について

「はい」もしくは「いいえ」のいずれかに○をつけてください。

- ① MRI 検査は初めてですか? ① はい ② いいえ  
② 閉所恐怖症ではないですか? ① はい ② いいえ

問診は以上6項目です。ありがとうございました。

## 脳ドックに際し、確認させていただきたいこと

脳ドックをご希望される皆様へ、確認させていただきたいことが2項目ございます。

下記、内容をお読みいただき、選択項目のどちらかを、○で囲んでください。

### 確認その1

あなたが今回受けられる脳ドックの結果内容によっては、更に血液検査等の実施が必要なケースが発生する可能性があります。その場合、追加の検査に関しては、医療保険扱いでの検査及び診察となります。

医師からそのような申し出があった場合、検査及び診察を

受ける ・ 受けない ◀ どちらかを○で囲んでください。

※ 受けるに○をされた方は、

- ・脳ドックに来られる際、保険証をお持ちください。

### 確認その2

脳ドックの検査結果報告書を2週間以内にご自宅に郵送いたします。

ご希望の方には、有料になりますが、MRI・MRA 検査画像をCD-Rに書き込んでお送りする事も可能です。料金は、550円(税込み)です。

CD-R (MRI・MRA 検査画像)のご自宅への送付を

希望する ・ 希望しない ◀ どちらかを○で囲んでください。

※ 希望される方は、脳ドック料金+CD-R料金 合計 20,350円(税込み)をご準備ください。

以上です。ありがとうございました。