

# 脳ドック問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日TSH \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

1.何か気になる症状はありますか？

- ある ( \_\_\_\_\_ )  
 ない

2. 症状はいつごろから始まりましたか？

- ( 月 日 時頃から ) /  ( )日前から ( )カ月前から ( )年前から ( )歳頃から

3.症状はどのように変化していますか？

- 変わらない  良くなっている  悪くなっている  
 良くなったり悪くなったりしている

4. 今までに何か病気で入院や通院、手術をしたことがありますか？

- 特にない  
 ある ( 歳頃: \_\_\_\_\_ )  
( 歳頃: \_\_\_\_\_ )  
( 歳頃: \_\_\_\_\_ )

5. 現在他院に通院中の場合は病名と病院名をご記入ください。

- 病名( \_\_\_\_\_ )  
病院名( \_\_\_\_\_ )

6. 現在飲んでいるお薬が有りましたらご記入ください。

- お薬手帳または薬剤情報提供書を持参された方はご記入不要です。受付にお渡してください。  
お薬名( \_\_\_\_\_ )

7.お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし  あり(原因: \_\_\_\_\_ )

8.生活習慣について

- お酒  飲む(毎日、月に 日、1日 合)  飲まない  
•たばこ  吸う(1日 本 年間)  吸わない  禁煙した( 年前から)

9.女性の方にお伺いします。

- 妊娠の有無  なし  あり •授乳中ですか  いいえ  はい

10.ご家族・血縁の方に脳神経疾患の病気の方はいらっしゃいますか？

例: 脳梗塞、くも膜下出血、認知症など

- いない  いる(続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ )

11. 体内に何か金属が入っていますか？ 例:ペースメーカー、人工内耳、脳動脈瘤クリップなど

- ない  ある( \_\_\_\_\_ )

12.閉所恐怖症ですか？  いいえ  はい

13.どこで当院を知りましたか？(他院からの紹介・知人等からの紹介・看板・ホームページ・ちらし・他)  
ご記入ありがとうございました。