



脳ドック問診票

| | | | |
|------|---------------------|----------|----------|
| 受診日 | 令和 年 月 日 () | | |
| ふりがな | | | 性別 男 ・ 女 |
| 名前 | | お電話 | 自宅 () - |
| | | 携帯 () - | |
| 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～

1. 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に○で囲んでください。
2. 選択肢のない質問については空欄 () のなかにできるだけ具体的にご記入ください。

☆検診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ちください。(2F受付まで)

- ☆ 質問は下記の7項目があります。質問について無記入のところが無いようにお願いします。
- ☆ わからないことがありましたらその旨当日医師にご質問ください。

1. 脳ドックについて
2. 既往症について
3. 健康状態について
4. 現在治療中の病気はありますか？また、いつ頃からですか？
5. 現在常用しているお薬はありますか？また、その種類を教えてください。
6. ご家族について
7. 生活習慣について

1. 脳ドックについて

- ① 今までに脳ドックをうけたことがありますか？
ある（時期 年 月頃 病院名 ）・ない
- ② 今までにMRIやCT検査を受けたことがありますか？
ある（時期 年 月頃 病院名 ）・ない
- ③ 脳ドックをお受けになろうとした動機をお聞かせ下さい。
ア 健康に不安はないが、家族や知人に勧められたから
イ 健康状態で気になっていることがあったから
ウ 以前、脳疾患にかかったことがあるから
エ 家系的に脳関連の病気の人が多いから
オ その他（ ）

2. 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。
22 その他の場合は病名を具体的に（ ）に記入してください。

- 1 心臓病 2 脳卒中発作 3 高血圧 4 胃潰瘍 5 肝臓病
6 膵臓病 7 腎臓病 8 糖尿病 9 肺結核 10 てんかん
11 気管支喘息 12 神経痛 13 貧血 14 リウマチ 15 甲状腺疾患
16 胆石 17 腎臓・尿管結石 18 白内障 19 緑内障 20 膀胱疾患
21 前立腺疾患
22 その他、上記にあてはまらないもの（ ）
23 今まで受けられた手術全て①（手術名 手術日 昭和・平成・令和 年 月）
②（手術名 手術日 昭和・平成・令和 年 月）
③（手術名 手術日 昭和・平成・令和 年 月）

3. 健康状態について（複数選択可）

- ① 頭痛がする → 頻度（ ）持続時間（ ）
痛み方（ ）部位（ ）
随伴症状…頭痛に伴う頭痛以外の症状。吐き気など
（ ）
- ② めまいがする →ア 周囲、天井等がグルグルまわる
イ 歩くとフラフラする
ウ 立ちくらみがする
エ 目の前が急に暗くなる
- ③ けいれんをおこしたり、意識を失ったりしたことがある
- ④ 手足がしびれる
- ⑤ 一時的に手足の力が抜けるときがある
- ⑥ 手足の動きが鈍い
- ⑦ 言葉がしゃべりにくい、ろれつが回りにくい
- ⑧ 忘れっぽくなった
- ⑨ 心電図を取って異常を指摘されたことがある
- ⑩ その他

[]

4. 現在治療中の病気はありますか？また、いつ頃からですか？

ある ・ ない

「ある」方 → 病名 ()

いつ頃からですか？昭和・平成・令和 年 月 日頃から

5. 現在常用しているお薬はありますか？また、その種類を教えてください。

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？

()

いつ頃から飲まれていますか？ 昭和・平成・令和 年 月 日頃から

6. ご家族について

あなたのご家族で（すでにお亡くなりになった方も含めて）、次にあげる病気の既往があれば該当する番号に○を付けてください。該当ない場合は該当なしに○を付けてください。

| 病名 | 父 | 母 | 兄弟姉妹 | その他 |
|----------------|---|---|------|-----|
| 1 癌 | | | | |
| 2 脳卒中※ア | | | | |
| 3 高血圧 | | | | |
| 4 糖尿病 | | | | |
| 5 心臓病 | | | | |
| 6 リウマチ | | | | |
| 7 ぜんそく | | | | |
| 8 結核 | | | | |
| 9 その他 (病名) | | | | |
| 該当なし | | | | |

※ア脳卒中に該当の場合最終診断を選んでください。

① 脳出血 ② 脳血栓・脳塞栓 ③クモ膜下出血

7. 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) 睡眠について

*平均睡眠時間は1日 (~) 時間

*該当する番号を○で囲んでください。(複数選択可)

①寝つきが悪い

②目が覚めやすい

③毎日規則的に就寝できない

B) 喫煙について

① 吸わない

② 吸う → 喫煙期間 () 歳より () 年間。1日平均 () 本

③ 過去に喫煙していたが、現在は禁煙中 → 禁煙期間 () 年間

C) 飲酒について

① 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

ウイスキー 水割 () 杯 焼酎 () 合

② 飲酒しない

D) 一日の水分量はどれくらいですか? () ml

E) 食事について (複数選択可)

① 不規則 ② 偏食が多い ③ 間食が多い ④ 塩辛い物が好き

⑤ 甘い物が好き ⑥ 油っこい物が好き

F) 便秘について (複数選択可)

① 不規則 ② 便秘がち ③ 痔がある ④ 出血する

☆お疲れさまです！当日お気をつけていらしてください。

☆検診当日にこの「問診票」を忘れずにお持ちください。(2F受付まで)



診察時間

月～木 9:00～12:30・13:30～17:00

受付終了は初診の方 16:00、再診の方は 16:30 まで。

金 13:30～17:00・18:00～21:00

受付終了は初診の方 20:00、再診の方は 20:30 まで。

〒069-0812

江別市幸町4-10

TEL 011-382-3333

休診日 金曜午前・土・日・祝日