

脳ドック問診票

受診予定日 _____年____月____日

氏名 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

脳ドック受診のため、以下の問の該当項目に○をつけ、 _____に必要事項をご記入ください。

1. 現在、心臓ペースメーカーを装着していますか？

装着していない

装着している

2. 今までに以下の手術を受けたことがありますか？

(手術の内容によっては、脳ドックが受けられない場合があります)

① 心臓弁置換手術 ない ある 昭和・平成・令和 _____年

② 脳動脈瘤手術 ない ある 昭和・平成・令和 _____年

③ 上記以外の頭部・心臓の手術

ない ある 昭和・平成・令和 _____年 手術名 _____

昭和・平成・令和 _____年 手術名 _____

④ その他の手術

ない ある 昭和・平成・令和 _____年 手術名 _____

昭和・平成・令和 _____年 手術名 _____

3. 体内に金属が入っていますか？(残っていますか？)

ない ある

どこに _____ どのようなもの _____

4. 現在、病気で他の医師または病院にかかっていますか？

かかっていない

かかっている

病名は？ _____

病院名は？ _____

いつからですか？ _____ 歳頃

5. 飲酒について

飲まない

時々飲む

毎日飲む

6. 喫煙について

吸わない

吸う(1日 _____本 _____年間)

以前吸っていた(1日 _____本 _____年間)

間)

※この問診票は、脳ドック以外の目的には使用致しません。