**脳ドック　問診票**

　記入日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | | |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | | 性別 |  |
| 電話番号 |  | 連絡先 |  | | |

　検査をはじめる前に、いくつか質問にお答えください。該当するところに○をつけてください。

また、記入が必要なところには、記入をしてください。

1. 今までに頭痛、しびれ、めまい、しゃべりにくい、などの症状を経験したことがありますか？

　　　いいえ　　　はい（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までの頭の病気で脳神経外科を受診もしくは治療（手術）を受けたことがありますか？

　　　いいえ

　　　はい　病名：

　　　　　　手術名：　　　　　　　　　　　その他の治療；

　　　　　　時期：　　　　　年　　月　　日頃

1. 現在、治療中の病気はありますか？

　　　いいえ

　　　はい　１．高血圧　２．糖尿病　３．高脂血症（ｺﾚｽﾃﾛｰﾙまたは中性脂肪が高い）

　　　　　　４．心臓病　５．その他（　　　　　　　　　　　）

４．以前に治療された病気はありますか？

　　　いいえ

　　　はい　１．高血圧　２．糖尿病　３．高脂血症（ｺﾚｽﾃﾛｰﾙまたは中性脂肪が高い）

1. ご家族の中で脳の病気で治療された方はいらっしゃいますか？

　　　いいえ　　はい（病名　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　）

1. 現在、飲んでいる薬はありますか？

　いいえ　　はい（何のお薬ですか？　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在のからの調子、嗜好、生活状況を教えてくさい。

　　　ａ）たばこは？　　吸う（　　本／日　　喫煙期間　　　年）吸わない

　　　ｂ）お酒は？　　１．毎日　　２．週　日程度　　　３．飲まない

　　　　　　　　　　　※どれくらいの量ですか？日本酒　合　ビール　大・小　　本／日

　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　ｃ）運動は？　　　　週　　　回　　　分程度

　　　ｄ）現在の身長・体重を記入ください。　　身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ