

ふれあい鶴見ホスピタル「脳ドック」問診票

こんにちは、鶴見ホスピタルです。

本日の脳検査のためにいくつかご質問させて下さい。

下記の質問に印を付けて、()の質問箇所 に内容をご記入下さい。

(受診日) 平成 年 月 日

ご氏名 _____ (男・女)

生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (才)

ご職業 _____ 利き手 (右・左)

1. 今回、脳ドックを受診された大きな理由をご自由にお書き下さい。

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか。

1)受けている 2)受けていない

1)の方、当てはまれば を付け当てはまらなければその他にご記入下さい。

糖尿病 (いつ頃から? _____) 高血圧 (いつ頃から? _____)

脂質代謝異常 (いつ頃から? _____) 喘息 (いつ頃から? _____)

その他の病名の方(病名 _____ (いつ頃から? _____)

病院・医院名(_____)

薬を (飲んでいる・いない)

薬剤名(_____)

3. 今までに入院したり、手術を受けたり、長く治療を受けたことはありますか。また、それはいつ頃ですか。

(はい・いいえ)「はい」の方...()才頃、病名(_____)

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

「はい」の方...わかれば薬・食べ物の名前 (_____)

5. 飲酒、喫煙についてお答え下さい。

酒 (1日 _____) たばこ (1日 _____ 本)

6. 本日MRIを撮りますが、妊娠の可能性、体内に金属(インプラント)はありますか。(はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。

わからないところは、スタッフにお声えかけ下さい

検査の待ち時間の合間にご記入下さい、結果説明時に使用します。