

# 脳ドック 問診票

受診日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話番号			
職業	身長	cm	体重 kg

## 1. 自覚症状はございますか？あればいつからでしょうか？

なし

あり ( 今日・昨日から ・ 3、4日前 ・ 1週間ほど前 ・ 2週間ほど前 ・ 3週間以上前)

**A** 頭痛

**B** めまい

●どのようなめまいですか？

回転性 (天井や壁が回る) ・ 浮遊感 (ふわふわと浮く感じ) ・ 吐き気あり ・ 嘔吐する

●どんな時に？

起床時 ・ 振り向いたり頭を動かしたとき ・ 起立時 ・ じっとして

●めまいの持続時間は？

瞬時的 ・ 数分間 ・ 数時間 ・ 数日 ・ 数日以上

**C** 手足がしびれる、または動きが悪い

●部位はどこですか？ (例えば、「右腕」、「左下腿」など) ( \_\_\_\_\_ )

**D** 物忘れ

人の名前が出てこない ・ 同じことを何度も質問する ・ 外出して帰宅できない

お金の管理ができない ・ 火の不始末 ・ 性格が変わった ・ ふさぎ込みがち

**E** その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 今までにかかった病気は、ありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロールが高い ・ 脳卒中 ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ 肝臓病

腎臓病 ・ ぜんそく ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある 手術名・部位 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 現在、服用している薬はありますか？

ない ・ ある 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. お薬で、アレルギーが出たことがありますか？

ない ・ ある 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 女性の方にお聞きます。妊娠・またはその可能性がありますか？

ない ・ ある

## 7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 知人の紹介 通りがかり 看板・通院したことがある

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。