

* 脳ドックを受けられる方へ *

わかる範囲で以下の質問に答えを記入, または当てはまる文章の前の□にチェックを入れてください。

片倉町あかり脳神経内科・内科クリニック

おなまえ
お名前: _____ 性別: 男・女

年齢: _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所: 〒 _____

電話: _____

身長: _____ cm, 体重 _____ kg 出生地: _____

* 職歴を教えてください。 _____

* 管理職の経験はございますか? ない ある 仕事をやめた年齢 _____ 歳

* 教育を受けた年数を、小学校から計算して教えてください。 _____ 年

* ご家族や御親類など、血縁関係の方に下記の病気の方はいますか?

脳卒中 認知症 パーキンソン病など 高血圧 心疾患 心房細動

精神科疾患 がん 糖尿病 くも膜下出血 脂質異常症

もつとも長寿の方のご年齢を教えてください。 _____ 歳

* 家庭環境を教えてください。お子さんの数 _____ 人 同居家族(自分以外) _____ 人

配偶者の方はいますか?(内縁を含みます) 同居別居離婚死別未婚

* 社会活動を何かなさっていますか?(自治会や町内会など) ない ある

* 趣味はございますか? 趣味の数 _____ 個 熱心さ なし たまに 普通 熱心

* 運動はしていますか?(散歩、体操、ゴルフなど何でも可です)

ほとんどしない 月に1回 週に1回 週に2~3回 毎日する

* 睡眠についてお伺いします。睡眠障害はありますか? なし あり

睡眠時無呼吸症候群はありますか? なし あり 不明

次のページがあります。

*喫煙はしますか？

吸わない 吸う→(一日 本くらい、喫煙年数 年)禁煙した
(喫煙指数 (1日平均本数×年数(禁煙前も含みます) _____))

*飲酒はしますか？

しない、ないしはほとんど飲まない 1合/日(日本酒で) 2-3合/日
3合/日以上 大酒家で禁酒している

*健康診断は受けていますか？ 定期的に受けている 時々受ける 受けない

*いままでにかかった、または治療中の病気がありましたら教えてください。

特になし

ある:以下の病気であてはまるもののをチェックまたはご記入ください。

脳卒中(脳出血 脳梗塞 くも膜下出血)

高血圧(服薬なし 不規則に服薬 規則的に服薬 過去に服薬)

血圧のコントロールについて 良好 変動あり 不良 罹病期間 _____ 年
平常時の血圧 (_____ / _____)mmHg 程度

糖尿病 食事療法のみ 経口薬あり インスリン注射

脂質異常症 服薬なし 服薬あり

心房細動(一過性のものも含む) 服薬なし

抗不整脈薬を服薬(脈を安定させるお薬)

抗血栓薬を服薬(血をサラサラにするお薬)

抗不整脈薬、抗血栓薬を両方服薬している

心臓の病気 なし あり

脳の疾患 認知症 頭部外傷 精神疾患 パーキンソン病 脳腫瘍

感染症 その他の病気 (_____)

*自覚している症状はありますか？ 特になし

頭痛・頭重感 物忘れ 耳鳴り・めまい 手足のしびれ 手足の脱力

舌のもつれ 歩行困難 腹痛 夜間頻尿 動機・息切れ

胸部絞扼感 肩こり 胃腸症状 易疲労感 不眠 意欲低下

集中力低下 うつ気分 活力がない

(日本脳ドック学会ガイドラインに準拠しています)

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください