

脳ドック問診票(4泊5日専用)

見 本

ID	- -	血圧	/
ふりがな	るもい たろう	様	生年月日
氏 名	留萌 太郎		
		昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 才)	

1. 血縁の方で脳疾患の方はいますか？

【 なし ・ <u>あり</u> 】	(記入例) 父が脳梗塞
母が脳梗塞	

2. 自覚症状について、該当する方に○をご記入ください。

- | | |
|--------------|--------------------|
| ① 頭痛 | 【 なし ・ <u>あり</u> 】 |
| ② めまい感 | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |
| ③ 手足のしびれ・脱力感 | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |
| ④ 視力低下 | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |
| ⑤ 耳鳴り | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |
| ⑥ 物忘れ | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |
| ⑦ 不眠 | 【 <u>なし</u> ・ あり 】 |

※ 「あり」とお答えの方にお聞きます。

・頭痛は

- a ずっと続いている
b 周期的にある
c 時々ある

※ 頭痛薬について

- a 飲まない
b 常に飲んでいる
c 症状のある時に飲んでいる

3. 喫煙について、該当する項目に○をご記入ください。

たばこは【 吸わない ・ () 年前にやめた ・ 吸う 】

※ たばこを吸う方 1日 (10) 本 (25) 年間吸っている。

4. 飲酒について、該当する項目に○をご記入ください。

お酒は 【 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む 】

5. 脳ドックを今までに受けたことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

「ある」と答えた方、いつ、どこで受けましたか？ また、その時の結果はどうでしたか？

いつ【 R 〇 年 〇 月頃】 どこで【留萌市立病院】 結果【 異常あり ・ 異常なし 】

「異常あり」と答えた方、その時の内容をご記入下さい。

【 _____ 】