

# 脳ドック問診票

ドック当日に忘れずにご持参ください。

受診日： 令和 年 月 日

氏名	フリガナ		生年月日	
			大・昭 平・令	年 月 日( 歳)
家族歴	存命(現在の年齢)経過した主な疾患		死亡(死亡年齢・病名)	
	父			
	母			
	兄弟・姉妹			
以下の項目(病名)のうち、該当するものに○印と当時の年齢を記入してください。				
	1 高血圧症	( 才)	6 心臓弁膜症	( 才)
	2 肥満症	( 才)	7 眼底出血	( 才)
	3 心肥大	( 才)	8 糖尿病	( 才)
	4 狭心症	( 才)	9 バセドウ病	( 才)
	5 心筋梗塞	( 才)	10 乳癌	( 才)
	11 その他	[		]
次の項目について該当するものに○印を付けてください。				
【脳神経系症状】		【循環器系症状】		
1	頭痛	1	動悸	
2	頭重感	2	息切れ	
3	頸や肩こりからの痛み	3	心臓部の発作的痛み	
4	めまい	4	手足のむくみ	
5	耳鳴り	5	脈がみだれる	
6	呂律障害	6	眠れない	
7	歩行障害	7	最近肥った	
8	手足や顔のしびれ	8	血圧が高い	
9	ふるえ	9	血圧が低い	
10	顔面の麻痺			
11	顔面の痙攣			
12	急激な視力の低下・視力障害			
13	過度の物忘れ(記憶障害)			
14	尿失禁			
次の項目について該当するものに○印をつけてください。				
【嗜好】				
1	飲酒	...	毎日( 合) ・ ときどき ・ 飲まない	
2	喫煙	...	毎日(1日 本) ・ 吸わない	
3	油っこいもの	...	たくさんとる ・ ふつう ・ 少ない	
4	塩の多いもの	...	たくさんとる ・ ふつう ・ 少ない	
5	コーヒー	...	毎日(1日 杯) ・ ときどき ・ 飲まない	
その他気になることがございましたらご記入ください。				