

# 平岸脳神経クリニック 脳ドック問診票

検査当日にこの「問診票」を記入し、忘れずにご持参下さい。

|      |               |    |    |          |    |
|------|---------------|----|----|----------|----|
| 受診日  | 年 月 日 ( ) : ~ |    |    |          |    |
| ふりがな |               |    |    | 性別 男 ・ 女 |    |
| お名前  |               |    |    | 電話 ( ) - |    |
| 生年月日 | 年 月 日 ( 歳)    |    |    |          |    |
| ご住所  | 〒 -           |    |    |          |    |
| ご職業  |               | 身長 | cm | 体重       | kg |

お申し込みのコースを○で囲んで下さい。

|  |  |  |
|--|--|--|
| 脳ドック簡易 A コース (約 60 分)<br>(シンプル)<br>22,000 円 (税込) | 脳ドック A コース (約 90 分)<br>(スタンダード)<br>33,000 円 (税込) | 脳ドック B コース (約 120 分)<br>(プレミアム)<br>44,000 円 (税込) |
|--|--|--|

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| CD-ROM での画像希望 ※ 追加 1,500 円(税込) | 要・不要 |
| 会社からの助成                        | 有・無  |

- ※ 通常、脳ドックの検査結果は当日、医師による説明になります。
- ※ 会社等の助成がある方は後日、提出用の検査結果を御自宅へ郵送します。
- ※ 他院へ紹介が必要な病気が見つかった場合には、診療情報提供書 (CD-ROM 含) として 2,500 円 (税込) が別途必要となります。



※血液・尿検査結果は、後日ご指定の住所に送付いたします。

頭部 MRI は脳の断層撮影です。頭部 MRA は脳の動脈撮影です。頸部 MRA は頸部の動脈撮影です。

原則として症状のない方・脳疾患の既往がない方を対象に行います。

脳に関連する症状がある方や、脳疾患の既往のある方は保険適応になる場合がありますので、

検査の際には**健康保険証**をご持参下さい。

## ～御記入上のご注意～

☆質問は下記の6項目があります。質問について当てはまらないところには項目に×(バツ)書いて下さい。

☆わからないことがありましたら、その旨を検査当日に医師、看護師にご質問下さい。

### 1. 脳ドックについて

①今までに脳ドックを受けたことがありますか？

ある (時期 年 月頃 病院名 ) ・ ない

→ 何か所見はありましたか？ ( ) ・ ない

②今までにケガなどで頭のMRIやCT検査を受けたことがありますか？

ある (時期 年 月頃 病院名 ) ・ ない

③脳ドックをお受けになろうとした動機をお聞かせ下さい。

ア 健康に不安はないが、家族や知人に勧められたから

イ 健康状態で気になっていることがあったから

ウ 家系的に脳疾患の病気の人が多いから

エ 現在、症状はないが、以前、頭の症状があった → 次の2. を回答して下さい。

オ その他 ( )

### 2. 現在、症状はないが、以前、頭の症状があった方への質問です。(無い方は3.へ)

①いつごろ、どのような症状でしたか。

年・月・日 前ごろ

( )

(頭の症状の例：頭痛、頭重感、もの忘れ、気力低下、めまい、ふらふらする、耳鳴り、倒れたことがある、手足のしびれ、手足のマヒ、顔面のピクツキ、顔の半分が痛い、ものがタブって見える、呂律がまわらない)

②どのくらいの頻度でしたか

急に・ゆっくりと・徐々に・時々

( )

### 3. 既往症について(現在も含めて、今までにかかった事がある病気について)。(無い方は4.へ)

①いつごろ、どのような病気にかかったか

②いつごろ、手術したか

③今飲んでいるお薬を教えてください(当日、お薬手帳を持参して頂いても結構です)

4. 家族歴 (血のつながりのあるご家族のご病気 (亡くなられた方も含めて) を教えて下さい)

脳卒中 (脳梗塞、脳血栓、脳内出血 (脳いっ血)、くも膜下出血)、 脳腫瘍 (良性・悪性)  
その他の脳の病気  
心臓の病気 (狭心症・心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)  
癌  
高血圧、糖尿病、高脂血症  
その他

5. 生活習慣について

①たばこ (喫う・喫わない)

→ 喫う方は (1日 本ぐらい、 歳から)、たまに喫うぐらい  
以前、禁煙していた方 ( ) 年・ヶ月・日前から、

②お酒 (飲まない・ときどき飲む・週1回、週2～3回、週4～6回、毎日飲む)

→ 飲む方 (1日 合ぐらい) お酒の種類 (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・他 )  
寝酒をしていますか? (有・無)

③運動習慣

ほとんど運動しない ・ 月に1回程度 ・ 週に1回程度 ・ 週に2～3回程度 ・ 毎日  
(具体的には )

④睡眠障害 (該当するものに○を付けて下さい)

よく眠れる ・ 寝付きが悪い ・ 目が覚めやすい ・ 何度も目が覚める  
何度もトイレで起きる ・ いびきがひどい ・ 日中ねむい

睡眠時間は 時間くらい

6. その他

①閉所恐怖症について (有・無)

以上です。予定の時間に遅れそうな場合は、お電話下さい。

【採血・尿検査・食事に関して】

簡易 A、A で脳ドックをお申し込みの方は、お食事を食べて構いません。

脳ドック B の方で午前中の枠で受診する方は朝食、午後の枠で受診する方は昼食を抜いて来院して下さい。

(食後 4 時間程度空いていれば、大丈夫です。採血後は、食事を食べても構いません。)

検査の前にお手洗いを済ませて下さい。(脳ドック B の方は尿検査があるので、看護師に声を掛けて下さい)

それでは、来院をお待ちしております。

〒 062-0935 札幌市豊平区平岸 5 条 13 丁目 4 番 3 号  
医療法人光守会 平岸脳神経クリニック  
電話 011-818-0055、FAX 011-818-0011  
地下鉄 南北線 南平岸駅から徒歩 6 分 駐車場 16 台