

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 90 分) (シンプル) 24,200 円 (税込)	脳ドック A コース (約 120 分) (スタンダード) 36,300 円 (税込)	脳ドック B コース (約 150 分) (プレミアム) 48,400 円 (税込)
--	---	--

CD-ROM での画像希望 ※ 追加 2,200 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 3,300 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) MRI 撮像時間は簡易 A20分、A・Bコース 30分弱

閉所恐怖症がある方の MRI 検査は困難です。症状がある方は保険診療で、鎮静薬や撮像時間短縮が可能です。

閉所恐怖症がある方は、予めお電話でご相談下さい。

以上です。予定の時間に遅れそうな場合や検査のキャンセルの方は必ずお電話下さい。

【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