

健診日： _____

脳ドック 基本コース 受診者用

健康診断問診表

表・裏両面にご記入のうえ、当日ご持参ください

※ お薬手帳をお持ちの方は、当日問診表と併せてご持参ください

ID	フリガナ			性別					
	氏名								
生年月日		() 歳							
動機・ 受診歴	◆脳神経外科外来を受診したことはありますか (当院以外も含む)								
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____ 年 _____ 月頃受診 症状 () 診断 ()								
	◆当院以外で脳ドックを受診したことはありますか								
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____ 年 _____ 月頃受診 <input type="checkbox"/> 指摘項目あり () <input type="checkbox"/> 異常なし								
◆最近受診した健康診断 (定期健診・特定健診・人間ドック・脳ドック) はいつ頃ですか _____ 年 _____ 月頃									
また、その健診で何か異常を指摘されたり、再検査が必要などと言われた項目はありましたか									
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()									
◆今回の脳ドックの受診動機について									
<input type="checkbox"/> 脳卒中予防のため <input type="checkbox"/> 自覚症状が気になるため <input type="checkbox"/> 家族・血縁の人が脳卒中になったため <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 ()									
病 歴	◆以下の疾患について、記入・当てはまるもの全てに☑をつけて下さい。								
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 [脳梗塞、脳出血 くも膜下出血]	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 高血圧	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 脂質異常 [コレステロール 中性脂肪]	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 心疾患・不整脈	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 肝障害	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
<input type="checkbox"/> 腎障害	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治	
<input type="checkbox"/> 貧血	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治	
歴	◆上記以外の疾患 (骨折などのケガ等も含む) があれば記入し、当てはまるもの全てに☑をつけて下さい。								
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 入院・手術	<input type="checkbox"/> 治療中断・放置	<input type="checkbox"/> 完治
◆上記について補足事項などがあれば記入してください									
例：糖尿病で食事／運動療法を開始したばかり、前回の健診で高血圧を指摘され家庭血圧測定を開始し経過観察中 など									
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>									
自覚 症状	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 物が二重に見える			
	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 手のしびれ	<input type="checkbox"/> 足のしびれ	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 動悸		
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 体重増加	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 吐き気		
	<input type="checkbox"/> 物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> その他 ()							

家族歴	◆血縁者で以下の病気にかかった方はいますか？（亡くなられた方も含む）								
	脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	脳動脈瘤	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	高血圧	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	心臓病（心筋梗塞、狭心症など）	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	脂質異常	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	認知症	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
癌	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば	

◆ 生活習慣についてお聞きします。当てはまるものに☑や○を、または（ ）内に記入をしてください。

食事	●食事は3食とりますか <input type="checkbox"/> 3食とる <input type="checkbox"/> 抜くことがある（朝・昼・夕）
	●就寝前2時間以内に夕食をとりますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（週3回未満） <input type="checkbox"/> ある（週3回以上）
	●間食や糖分入り飲料を摂取しますか <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 全くとらない
	●1日に水分はどのくらいとりますか（水・お茶のみ） <input type="checkbox"/> 500ml未満 <input type="checkbox"/> 500ml～1L <input type="checkbox"/> 1～1.5L <input type="checkbox"/> 2L以上
	●食生活で気を付けていることや工夫していることがあれば、記入してください （例：減塩調味料を使用している、炭水化物を控えている、健康飲料・健康補助食品を利用している など） []
嗜好品	1. お酒（日本酒・焼酎・ビール・洋酒など）は、どの位の頻度で飲みますか。 （「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
	2. 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
	日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 <input type="checkbox"/> ビール（同5度・500ml） <input type="checkbox"/> 焼酎（同25度・110ml） <input type="checkbox"/> ワイン（同14度・180ml） <input type="checkbox"/> ウイスキー（同43度・60ml） <input type="checkbox"/> 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）
	3. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（習慣的とは、条件1と条件2を両方満たす者） <input type="checkbox"/> はい（①：条件1・2両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（②：条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（①・②以外） 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
運動	1. 1回30分以上の運動を習慣的におこなっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 ⇒ （ ） （例：ウォーキングを週2回、1回30分～1時間程度 など）
	2. 日常生活でよく身体を動かしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 ⇒ （ ） （例：よく階段を使用する、立ち仕事が多い、家事をしている時間が多い、日中は農作業をする、自転車で片道30分通勤 など）
	3. 1または2で「いいえ」に☑をした方、できない理由は何かありますか <input type="checkbox"/> 興味がない <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	1. この1年間で体重の増減はありましたか <input type="checkbox"/> はい （ ）kg 増・減 <input type="checkbox"/> いいえ
	2. 睡眠で十分な休養はとれていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	◆ありがとうございました。その他、何か気になることなどがあればご記入ください。 []