

脳ドック問診票

平成 年 月 日

(ふりがな)

お名前 _____ 男・女

〒

ご住所 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 才 連絡先(電話) _____

1. 脳ドック希望日(毎週水曜日 午後13時30分受付)を、
平成 年 月 日以降の日で、第3希望まで記入ください。

1) 第1希望 年 月 日 ()

2) 第2希望 年 月 日 ()

3) 第3希望 年 月 日 ()

4) 当院脳ドックの案内をみて、生活指導を含めて他院を受診します。

(受検日における注意)

昼食抜きでご来院ください。採血、MRI、心電図検査などを行います。

2. 大変重要な事項です。「当院脳ドックについてのご案内 4)」をお読みいただき、
ご自身で以下について確認後、必ずご署名ください。

私は、体内ペースメーカー、脳動脈クリップ、骨折固定などの
金属がないことを確認しました。

ご署名 _____

3. 当院の脳ドックをどちらでお知りになりましたか。
また、脳ドックを受けられる動機は何ですか。
4. 家族血縁者の中で、脳卒中になられた方があればご記入をお願いいたします。(病名もわかればお願いいたします。)
5. 身長 _____ c m
体重 _____ k g
喫煙 なし あり (1日あたり _____ 本)
飲酒 _____ 本 (1日あたりビールにすると何本程度か等具体的に)
過去における当院の受診歴 あり なし
6. 今までの病歴の中で気になっていること、あるいは脳神経外科医に相談したいこと等を記入してください。
なお、脳ドックを受けるに際して、体内金属の有無など医師に相談したい方は、火・水・金曜日の午前中(9時から12時まで)に脳神経外科外来へ電話でご相談ください。
7. 当院脳ドックに対してご意見、ご希望があれば自由にお書きください。