

脳ドック問診表

湘南ゆめが丘めのうクリニック

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 ()歳
住所 〒	電話番号 ()	
	身長	cm 体重 kg

現在気になる症状がありますか？

ない

めまい ふらつき 耳鳴り 難聴 頭痛 首の痛み 肩こり

物忘れ 記憶力低下 見えづらさ 言葉障害 手足の麻痺

歩行障害 手足のしびれ

今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

ない

生活習慣病（高血圧症・糖尿病・高脂血症）

脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他）

心臓病（心筋梗塞・狭心症・不整脈・心弁膜症・心不全）

癌（部位： ）

その他（ ）

ご家族（血縁）の方がかかったことのある病気はありますか？

1.父 2.母 3. 祖父母 4.兄弟・姉妹

A.脳疾患 B.認知症 C.心疾患 D.高血圧症 E.高脂血症 F.糖尿病 G.癌

--	--	--	--

現在服用しているお薬はありますか？

ない

ある お薬名（ ）

飲酒に関して

飲まない

機会飲酒 習慣的に飲酒

睡眠に関して

よくとれている

多少睡眠不足の時がある

慢性的に睡眠不足

喫煙習慣

吸ったことがない

以前吸っていた（ 歳～ 歳）

喫煙している（ 本/日）

運動習慣

何かスポーツを習慣にしている 軽度の運動を心掛けている

運動習慣はない

※必ず裏面もご記入下さい※

MRI検査同意書

・私はMRI検査の必要性・安全性・注意事項を理解し、検査を受けることを同意します。

・私は遠隔読影依頼（専門医による診断）について承諾します。

（日付とご署名をお願いいたします。MRI検査を受ける方が未成年及び付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にもご署名をお願いいたします。）

____年 ____月 ____日 ご署名（本人）_____

ご家族、代理の方ご署名 _____（続柄）_____

検査後、医師の診察を希望しますか？

はい いいえ

当日の注意事項はお読みいただきましたか？

はい いいえ

ご不明点がございましたら、ご連絡ください。

診療時間：9：00～12：00

14：00～17：30

休診日：火曜・日曜・祝日 ※土曜は午前のみ

045-415-1700



湘南ゆめが丘
めのうクリニック
眼科 脳神経外科