

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

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

今まで脳ドックを受けたことがありますか？

- ☐ ある（時期： 年 月頃） ☐ ない
 →何か所見はありましたか？（ ） ☐ ない

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）_____

医師の説明を希望しますか？

はい、またはいいえの□にチェックを記入してください

☐はい（1または2に○を付けてください、2の方は希望日もお願いします）

1. 当日

2. 後日（第一希望： ____月 ____日、第二希望： ____月 ____日）

☐いいえ

※混雑状況によっては後日の説明になることがあります。

当日の注意事項はお読みいただきましたか？

☐はい ☐いいえ

当日は注意事項をご確認の上、
10分前にお越しいただきますようお願いいたします。

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