

[ドック問診票]

No. 1

※下記の質問について該当するところを○で囲み、必要な場合はご記入ください

<1> 以前、当院を受診されたことはありますか [はい] と答えた方にお聞きします。 診察券番号がおわかりでしたら、ご記入ください。	はい	いいえ
診察券番号		
<2> 「脳ドック」「脊髄ドック」を受けたことはありますか [はい] と答えた方にお聞きします。それはいつ頃、どちらでですか。 (ドック 平成 年 月頃 当院 ・ 他院)	はい	いいえ
<3> 体内に心臓ペースメーカーが埋め込まれていますか	はい	いいえ
<4> 過去に手術を受けたことがありますか [はい] と答えた方にお聞きします。 (年 月頃) (病名:)	はい	いいえ
<5> 頭蓋内、体内に金属や機械類 (手術用クリップ・人工関節・人工中耳・耳小骨など) がありますか [はい] と答えた方は、手術をされた病院にMRIの検査が可能か お問い合わせください。	はい	いいえ
<6> 磁石式の入れ歯(インプラント)は入っていますか [はい] と答えた方は、インプラントを装着された歯科医院に MRIの検査が可能かお問い合わせください。	はい	いいえ
<7> コンタクトレンズをしていますか [はい] と答えた方は、検査時にははずしてください。	はい	いいえ
<8> 最近の1ヶ月以内に、体内にステントを挿入しましたか	はい	いいえ
<9> 閉所恐怖症ですか	はい	いいえ

※下記の質問について該当するところを○で囲み、必要な場合はご記入ください

<p><10> アルコールは飲みますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>アルコールを飲む頻度は (毎日 ・ 時々飲む)</p> <p>飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれくらいですか</p> <p>何を ()、() 本・グラス () 杯・() 合</p>	はい	いいえ
<p><11> 喫煙歴はありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(1日 本× 年)</p>	はい	いいえ
<p><12> 現在何か病気で治療を受けていますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。どのようなことですか</p> <p>()</p>	はい	いいえ
<p><13> 血圧が高いと言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><14> 糖尿病と言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><15> 高脂血症と言われたことがありますか</p> <p>[はい] と答えた方にお聞きします。</p> <p>(薬の服用なし ・ 薬を服用中)</p>	はい	いいえ
<p><16> 血縁者で脳または脊髄疾患を患った方はいますか</p>	はい	いいえ

※下記の質問について該当するところを○で囲んでください

〈17〉 最近の自覚症状についてお尋ねします。		
・ 最近、物忘れがひどくなったと感じる。	はい	いいえ
・ 卒倒したり意識を失ったことがある。	はい	いいえ
・ 痙攣発作（ケレソサ）を起こしたことがある。	はい	いいえ
・ 頭痛がある。	はい	いいえ
・ めまい・立ちくらみがある。	はい	いいえ
・ 物が見えにくい・二重に見えることがある。	はい	いいえ
・ 音が聞きにくい・耳鳴りがする。	はい	いいえ
・ 味や臭いがわからない。	はい	いいえ
・ 手足が震えたり、物をよく落とす。	はい	いいえ
・ 手足がしびれる。	はい	いいえ
・ 手足が急に動かなくなったことがある。	はい	いいえ
・ 舌がもつれたり、言葉がでにくい。	はい	いいえ
・ 物が飲み込みづらい・むせたりする。	はい	いいえ
・ ものをつまみづらい。指がこわばる。	はい	いいえ
・ 歩きづらいと感じる。	はい	いいえ
・ 肩こり・腰痛がある。	はい	いいえ
・ むちうらの既往がある。	はい	いいえ

ありがとうございました。当日、この問診票を参考に診察させていただきます。