

脳ドック問診票

検査当日に、受付へ提出ください。

ふりがな	生年月日		
お名前	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日 (歳)	
ご住所：〒	-		
電話番号：			
ご職業：			
検査日：	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午後 2時 30分から	
検査のコース：			
<input type="checkbox"/> A (約60分)：頭部MRI(脳病変の評価)・頭頸部MRA(脳血管と頸動脈評価), 身体測定	19,800円(税込)		
<input type="checkbox"/> B (約90分)：Aコースに心電図, 頸動脈エコー, 血液尿検査, 認知機能検査を追加	29,700円(税込)		
<input type="checkbox"/> C (約120分)：Bコースに頸髄MRI, 内臓脂肪CTを追加	39,600円(税込)		
CD-RでMRI画像データの受け取り希望 (追加で1,650円(税込))：	<input type="checkbox"/> 希望有り	<input type="checkbox"/> 希望無し	
結果通知方法：	<input type="checkbox"/> 直接結果説明を希望する (Aコースのみ当日可能、B,Cコースは後日の説明) <input type="checkbox"/> 直接結果説明を希望しない (結果は後日郵送)		
結果送付先	：上記と異なる際には、以下へ記載ください。		
〒	-		

* 次の質問にお答えください。

1：脳ドックを受けられる理由についてご記入ください。複数可。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 何もないが安心のために | <input type="checkbox"/> 脳の病気が気になる |
| <input type="checkbox"/> 家族に脳の病気 | <input type="checkbox"/> 知人に脳の病気 |
| <input type="checkbox"/> 勧められた | <input type="checkbox"/> 気になる症状が過去にあった() |
| <input type="checkbox"/> 脳の病気と言われたことがある() | <input type="checkbox"/> その他() |

2：かかったことのある病気について記入ください。

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | |
| <input type="checkbox"/> 脳疾患 () | <input type="checkbox"/> 精神疾患 () | | |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 () |
| <input type="checkbox"/> がん () | <input type="checkbox"/> その他 () | | |

3：現在、服薬中のお薬はありますか。(漢方薬、健康食品、サプリメントを含む)

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、「お薬手帳」等ありましたら持参ください。 |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|

4：今までに手術を受けたことはありますか。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、何歳頃に、何の手術を受けましたか。 |
| () | | |

5：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。

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 時々 | <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない) |
|-----------------------------|-----------------------------|---|

6：たばこを習慣的に吸っていますか。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ()年前にやめた | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|

7：運動(30分以上、軽く汗ばむ程度)の習慣はありますか。

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> 週2回以上 | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|

8：今までに頭部MRIや頭部CTの検査歴はありますか。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | →異常指摘： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|------------------------------|---|

9：体内に金属がありますか。(歯の詰め物(金歯、銀歯など)は除きます。)

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ペースメーカー | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他の体内金属 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| * 刺青(アイライン眉など美容目的のものを含む)も体内金属「あり」 | | |

10：女性の方へ：現在、妊娠していますか。(検査のための質問です)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい(妊娠 週) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------------|------------------------------|

脳ドックのご案内

- * 当院では高磁場MRI（1.5テスラ）機器を用いた脳ドックを行います。
- * 症状がある場合には、保険適応になる場合がございますので、保険証等をご持参ください。
- * Aコースのみ、当日に結果をお伝えできます。他のコースは、後日の結果説明とさせていただきます。
- * B,Cコースのかたへ：血液検査があります。午後検査では昼食を、お控えください。飲水は構いません。
- * 他の医療機関へ紹介が必要な病気が見つかった場合には、別途情報提供料が必要となります。
- * 不明な点は、当日に受付へお知らせください。

MRI検査を受けられる方へ

- * MRI（磁気共鳴画像）検査では、磁場を利用して体内情報を画像化します。被ばくの心配はありません。
- * 検査台に仰向けに寝て撮影します。検査中は工事現場のような音がしますので、耳栓をしていただきます。痛みを伴いませんので安心して検査を受けてください。

検査前の注意事項（よく読んでからお越しください）

- 1) 次に当てはまる方は検査ができない場合がありますので、必ず申告ください。
 - 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器（ICD）の装着
 - 体内金属（脳動脈瘤クリップ、人工内耳、心臓人工弁、血管ステント、
歯科用インプラント、磁石性の義歯、人工関節、プレート、金属片など）がある
 - 入れ墨がある（変色の恐れがあります） ■妊娠中もしくは妊娠の可能性がある ■閉所恐怖症である
- 2) 強い磁場の中で検査をしますので、検査前に以下の物を取り外してください。
 - 金属類（時計、携帯電話、ネックレス、イヤリング、ピアス、眼鏡、カラーコンタクト、クリップ、入れ歯、
補聴器、ライター、鍵、硬貨、エレキバン、カイロ、湿布、金属付き下着など）
 - カード類（キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード、診察券など）
 - 化粧品（マスカラやラメの入ったマニキュア、濃いアイシャドウなど）も金属を含んでいる場合がありますので、化粧品は控えめにお願いします。
- 3) 安全で正確な検査のため、指示されたとき以外は身体を動かさないようにご協力お願いします。

CT検査を受けられる方へ

- * CT（コンピューター断層撮影）で腹部の断層画像を撮影します。
コンピューター処理を行い、内臓脂肪量を計測します。
- * 検査台に仰向けに寝て撮影します。痛みを伴いませんので安心して検査を受けてください。
- * CT検査ではエックス線を使用します。
今回の検査でのエックス線使用量は微量ですので身体に悪影響を及ぼす心配はございません。

検査前の注意事項（よく読んでからお越しください）

- 1) 安全で正確な検査のため、指示されたとき以外は身体を動かさないようにご協力お願いします。
- 2) 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方は、必ず事前に申告ください。CT検査は省略します。