

脳ドック ご案内書

～ 脳ドックをお受けになる皆様へ～

この度は、人間ドックのご予約をいただきありがとうございます。

下記の注意事項をお読みになって、指定された時間に遅れないようご来院ください。

1. 注意事項

【前日まで】

食事は、前日の21時頃までにお済ませください。

保険証、診察券(お持ちの方)、問診表を必ずご記入の上、ご持参ください。

【当日】

タバコはお控えください。

内服薬について

毎朝、血圧・甲状腺の薬を服用されている方は、朝7時までに少量の水で服用してください。

糖尿病治療薬、胃薬は服用しないでください。

予約日にドックが受けられない場合には、早めにご連絡ください。

2. HPからダウンロードしていただくもの

- ・ 脳ドックをお受けになる方全員
- ・ オプションがある方

脳ドック WEB資料1～5
人間ドック ご案内の欄をご覧ください

3. ご予約時間に関して

ご予約時間は、8時～10時となっていますので、詳細はご予約時にご確認ください。

問 診 表

この問診表は、健康づくり対策に役立てることを、目的としております。秘密は厳守いたしますので、率直にお答えください。

ふりがな		男	受診者番号		受診年月日	
氏名		女	生年月日	T・S・H	年 月 日	年齢 歳
住所						
自宅TEL		携帯TEL				
勤務先名称						
所在地	TEL					

自覚症状 該当するものに○をつけてください。	神経内科系	1 時々強い頭痛がある	耳鼻科系	1 最近耳が遠い	
		2 時々めまいがする		2 耳鳴りがする	
		3 手指がふるえる		3 鼻づまりする	
		4 しゃべるのが不自由		4 最近声がかすれる	
		5 歩くのが不自由		5 のどが痛む	
		6 物忘れが多い		6 その他()	
		7 その他()			
	呼吸器科系	1 咳がしやすい	皮膚科系	1 皮膚が弱く敏感	
		2 痰がしやすい		2 日焼けしやすい	
		3 息切れがする		3 おできがしやすい	
		4 血痰がでる		4 薬(内服・注射・軟膏・湿布薬)にアレルギーがある。薬品名()	
		5 胸や背中が痛む		5 その他()	
		6 ぜいぜいする		整形外科系	1 関節痛に悩んでいる(部位:)
		7 その他()			2 腰痛に悩んでいる
循環器科系	1 時々胸が苦しくなる	眼科系	1 緑内障と言われたことがある		
	2 時々動悸がする		2 動脈硬化性網膜症がある		
	3 時々不整脈がある		3 高血圧性網膜症がある		
	4 その他()		4 糖尿病性網膜症がある		
消化器科系	1 食欲がない	その他	1 最近体重が減った、疲れやすい		
	2 時々腹痛がある		2 傷が治りにくい		
	3 胸やけがする		3 のどが渇き水分を多く取る		
	4 食物がつかえる		4 ちょっとぶつかっても出血斑がしやすい		
	5 下痢をしやすい		5 鼻・歯ぐきから出血しやすい		
	6 最近便秘がち	女性のみ	1 生理不順がある		
	7 便に血が混じる		2 生理中に下腹部痛・腰痛がある		
	8 吐き気がする		3 不正出血・おりものに悩んでいる		
	9 腹がはる		4 妊娠中に異常(高血圧・むくみ・蛋白尿)		
	10 その他()		5 乳房にしこりなどを感じる		
泌尿器科系	1 夜間頻尿(2回以上)がある	6 健診当日は生理中か、生理後2日以内である			
	2 残尿感がある	7 妊娠中または妊娠の可能性がある			
	3 尿がでにくい	8 その他()			
	4 排尿時痛がある				
	5 血尿が出たことがある				
	6 尿が漏れる				
	7 その他()				

当院ドッグ
初めて
()年前

身体のことので気になることがあればご記入ください。

嗜好品	タバコ	アルコール	普段の運動習慣
	1 吸う・吸わない・やめた (ヶ月前) (年前)	1 飲む・飲まない・やめた (ヶ月前・年前)	1 普段どれくらい運動していますか ・している 週に()回 ・していない
	2 1日の本数 ()本	2 1日平均 酒()合 ビール()本 焼酎()合 ワイン()杯 ウイスキー()杯	2 どんな運動をしていますか
3 喫煙年数 ()年			

職業	1 職種	サービス業	技術的職業
	専門・技術的職業 管理的職業 事務 販売	保安職業 農林水産業 運輸・通信	主婦 その他 無職

2 作業程度
重労働 中程度 軽作業

既往症 (今までにかかった病気について)	該当するもの(疾患名・経過状態)に○をつけて下さい	治療中	観察中	治った	手術	放置	発症年齢
	高血圧症						
狭心症、心筋梗塞、不整脈							
糖尿病							
高脂血症							
高尿酸血症(痛風)							
貧血、リウマチ							
食道炎・ポリープ							
胃炎・ポリープ・潰瘍							
十二指腸炎・ポリープ・潰瘍							
大腸ポリープ・憩室炎							
脂肪肝・のう胞・B、C型肝炎							
胆のう炎・のう胞・ポリープ・結石							
腎盂炎・のう胞・結石							
前立腺肥大・尿路結石							
子宮筋腫・ポリープ・卵巣のう胞・のう腫							
乳腺腫瘍・のう胞・乳腺症							
甲状腺腫瘍・のう胞・機能亢進、低下症							
緑内障・白内障・網膜症							
がん (部位:)							
その他 ()							
手術 ()、輸血 あり・なし							

家族歴	ご家族で下記の病気にかかったことがあれば をつけてください	実父	実母	祖父母	兄弟
	高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 がん 結核 喘息 腎臓病				

家族構成	
1	既婚 独身
2	家族と同居 単身赴任 一人暮らし

体重の増減	
あり () kg / 半年・1年	なし

かかりつけの病院 (医院)

現在内服している薬がありましたら、ご記入ください

ドッグ成績表の送付先

自宅 ・ その他

平成 年 月 日

氏名 様

採血時間 1. 10時間未満 2. 10時間以上

女性の方におたずねします。	1 健診当日は生理中か、生理後2日以内である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2 妊娠中または、妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射、又は血糖を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (最近1ヵ月間吸っており、合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている) * 吸う・以前吸っていた場合	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="text"/> 本/日 × <input type="text"/> 年
9	20歳の時の体重から、10Kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行、又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で、体重の増減が±3Kg以上ありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して、食べる速度は速いですか	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ぶつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度はどの位ですか <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	
19	1日当たりの飲酒量はどの位ですか 酒1合(180ml)= ビール中瓶1本(500ml) = 焼酎35度(80ml) = ウイスキーフル1杯(60ml) = ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもり(6ヵ月以内) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)	<input type="checkbox"/> 近いうちに(1ヵ月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている	
22	生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

検査の説明と注意事項

お受けになる検査 : 脳MRI(ドック・健診)

お名前

様

MRI検査とは

- ・大きな磁石による磁場の中で、体内の水素原子の核磁気共鳴現象を測定し、コンピュータ解析により人体内部の構造を画像化する検査です。
- ・検査中は工事現場のような大きな音がしますが、身体に影響はありません。
- ・30分程度検査台の上で、仰向けの姿勢でじっとしている必要があります。

注意事項

- ・危険ですので、検査室内に金属製品や電子機器を持ち込まないでください。
- ・『心臓ペースメーカー』や『体内式除細動器』を装着なさってる方、『内耳人工関節』がある方、1970年(昭和45年)以前に『機械式人工心臓弁』を入れた方は検査ができません。
- ・『血管ステント』挿入後、8週間以内の方は検査ができません。
- ・30分程度仰向けの姿勢を保てない方(痛みの強い方、お子様等)や、閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。
- ・以下のものは安全のため検査室内に持ち込まないでください。
金属類、時計、めがね、ライター、ヘアピン、鍵、アクセサリ、金属のついた衣類、磁気カード類、入れ歯、補聴器、使い捨てカイロ、エレキバン
- ・貼り薬、アイライナー、刺青などの影響で、皮膚に障害が起きたという報告もあります。除去できるものは除去されることをお勧めします。

安全の確認のために下記にご記入くださり、検査当日お持ちください。

当てはまる方にレ印を入れてください。“はい”の方を選ばれた方は、適した言葉を で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

- 心臓ペースメーカーまたは体内式除細動器を装着なさってますか？
いいえ はい:(心臓ペースメーカー、 体内式除細動器)
- 内耳人工関節を装着なさってますか？
いいえ はい
- 脳動脈クリップがありますか？
いいえ はい:(手術はいつ頃かお書きください: 年頃)
- 心臓に人口弁がありますか？
いいえ はい:(手術はいつ頃かお書きください: 年頃)
- 人工関節や固定用の金具がありますか？
いいえ はい(部位をお書きください:)
- 金属製の置き針や注射針がありますか？
いいえ はい(部位をお書きください:)
- 義歯、義眼、義肢をお使いですか？
いいえ はい(着脱は: 可能、不可能)
- アイライナーや刺青をなさってますか？
いいえ はい
- その他体内に金属ががありますか？
いいえ はい(具体的にお書きください:)
- 閉所恐怖症ですか？
いいえ はい
- 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
いいえ はい わからない