

むさしの脳ドック MRI問診票

ID

フリガナ		性別	
氏名		生年月日	
住所		電話番号	

○今までに脳ドックを受けたことがありますか？ はい いいえ
 (いつごろですか： 年くらい前)

○今までにMRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
 (いつごろですか： 年くらい前)

○今回、脳ドックを受けようと思った理由をお答えください
 何もないが安心のために 一度も脳の検査をしたことがないので気になった
 家族や親族に脳の病気がある、あった 知人に脳の病気が見つかった
 家族や知人に勧められた 何か気になる症状がある

○自覚症状、気になる症状に○をつけてください
 頭痛 めまい 物忘れ 手のしびれ 足のしびれ 足の脱力
 動悸 息切れ 不眠 意欲低下 集中力低下 耳鳴り

○過去、現在の病歴をお答えください
 脳卒中 不整脈 狭心症 心筋梗塞 前立腺疾患 糖尿病 脂質異常症
 肝臓病 甲状腺疾患 腎臓病 脳疾患 ぜんそく がん ()
 その他 ()

○現在、内服中の薬はありますか？ なし
 あり (お薬手帳の提出をお願いします)

○過去、手術の経験がありますか？ なし
 あり (年齢と何の手術か記入をお願いします)
 【 歳 】 【 歳 】

○お酒は飲みますか？ 飲まない
 飲む 【週に 回程度】

○たばこは吸いますか？ 吸わない
 吸う 【 本/日やめた【 年前に禁煙】

○30分程度の運動をしていますか？ 毎日 週に 回
 していない

○平均の睡眠時間をお答えください 1日 時間程度

○脳検査を受けことがある方、異常を指摘されましたか？ 異常なし
 指摘あり ()

○家族、親族に脳の病気をされた方はいますか？ いいえ
 はい (脳梗塞、脳出血、脳腫瘍、)

MRI検査を受ける前の安全確認をお願いします

以下の該当項目にシ点を付けてください

心臓ペースメーカーの埋め込み	検査不可	脳や首の血管にステントの有無	
埋め込み式の除細動器		心臓の血管にステントの有無	
人口内耳の埋め込み		マグネット式の歯科インプラント	
		歯列矯正での常時取り付け金属	
泌尿器留置バルーンカテーテルのプラグ		人口関節や人工骨頭の体内金属	
磁性体の義眼 (取り外し可能ならばOK)		骨折手術等での体内金属	
水頭症シャントチューブ		補聴器	
心臓に人工弁の埋め込み		入れ墨、タトゥー、アートメイク	
頭部や脳の手術での金属の埋め込み		コンタクトレンズ (ハード・カラー)	
脳動脈瘤に対するクリップの埋め込み		閉所恐怖症・20分静止してられない	
止血のためのクリップの有無		【女性の方】妊娠の可能性	

ひとつでも該当する項目がある場合は、詳細を確認させていただきます