

脳内チェック問診表

「検診を受けられる方。ご本人が記入してください」

【1】脳卒中健診はMRI 検査を用いて行います。次の項目で「ある」に○を付けた方は、検査が出来ません。

- | | | | |
|----------------------------------|----|----|-------|
| 1) 心臓ペースメーカー・植え込み除細動器を使用していませんか。 | ある | ない | わからない |
| 2) 閉所及び暗所恐怖症はありますか。 | ある | ない | わからない |
| 3) 体内に金属類の植え込みをされた経験はありますか。 | ある | ない | わからない |
- 「ある」と答えた方へ具体的にはどのようなものですか？ ()

(例：心臓の血管ヘス TENT 挿入 2008 年 7 月、脳動脈瘤クリップ 2005 年 10 月)

- | | | | |
|------------------------|----|----|-------|
| 4) 女性の方へ/妊娠の可能性はありますか。 | ある | ない | わからない |
|------------------------|----|----|-------|

【2】以下の項目で「ある」に○を付けた方は、検査が出来ないことがあります。

- | | | | |
|------------------|----|----|-------|
| 1) 人工弁ははいていませんか。 | ある | ない | わからない |
| 2) 刺青はありますか。 | ある | ない | わからない |

【3】生活習慣についてお尋ねします。

- | | | | |
|--------------------|----|----|-------|
| 1) 現在、服用中の薬はありますか？ | ある | ない | わからない |
|--------------------|----|----|-------|
- 「ある」の場合 高血圧の薬 / 糖尿病の薬 / 脂質代謝異常の薬 / その他 ()
- | | | | |
|------------------|------|-------|--|
| 2) 喫煙習慣はありますか | ある | ない | |
| 3) 飲酒習慣はありますか | ある | ない | |
| 4) 定期的に運動をしていますか | している | していない | |

【4】症状

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1) 今までに頭痛、しびれ、めまい、しゃべりにくい、などの症状を経験したことがありますか？ | ある | ない | わからない |
| 2) 今までに脳卒中で脳外科を受診もしくは治療（手術）を受けたことがありますか？ | ある | ない | わからない |
| 3) ご家族の中で脳の病気で治療された方がいますか？ | ある | ない | わからない |
- 「ある」の場合 病気の種類 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 わからない
- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 4) 今までに動悸・息切れ、胸痛、脈の乱れなどの症状を経験したことがありますか？ | ある | ない | わからない |
|--|----|----|-------|

【5】脳卒中チェックを受けようと思った理由は何ですか？

症状はないが心配なため / 脳卒中の再発が心配なので / TVマスコミ報道などで心配になったため
家族に脳卒中がいたため / その他 ()

※碑文谷病院記入欄

ID _____
予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

問診表記入者（自署） _____

性別 男 ・ 女

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

印

予約票

※碑文谷病院記入欄

ID _____
名前 _____
予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

受付日 _____

受付者 _____

検査には必ず本予約票が必要です。予約票がない場合、検査ができません。大切に保管ください。