

## 脳ドック問診票

記入日	年 月 日 ( )	診察券番号	*当院で記入します
氏名	男 女	住所	
生年 月日	昭・平 令 年 月 日 歳	連絡先 電話番号	

①今までに脳の病気になったことはありますか はい いいえ

「はい」の方は、ご記入ください（わかる範囲で結構です）

脳血管障害

脳腫瘍

その他の脳の病気

現在治療中の病気はありますか いいえ

はい

(

)

②今までに大きな病気をしたことがありますか

はい : 脳疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓疾患  
肺結核 ・ アレルギー疾患 ・ 婦人科疾患 ・ 泌尿器疾患  
その他 ( )

いいえ

③今までに手術を受けたことがありますか

はい : 手術名 ( )

いいえ

④その他、ご心配なことがありましたらご記入ください