脳ドックMRI問診票①

予約日時:　　年　月　日　時　分

（ご記入頂き 脳ドック受診時にご持参ください）　当院ID:　　（すでにお持ちの場合）

お名前：　　男・女

○ 注意事項

MRI対応のもの以外の金属が体内にある場合
MRIを行えません。下記を参考にご確認下さい

*円滑な検査のため予約時間前に当院受付までお越しください
*ご不明な点等ございましたら、スタッフにご相談ください

- **MRI**をお受けになる方は下記にお答えください

MRIの検査をしたことがありますか？	はい・いいえ
体内に金属が入っていますか？ （ペースメーカー・クリップ・コイル・ステント・シャントバルブ・人工弁・人工関節・磁気義眼・人工内耳・人工肛門磁性アタッチメント・インプラントなど） （体内の人工物が、MRI対応かどうかを、ご確認願います。ピアスなど、外せるものは外して検査を受けていただきます。外せない場合、検査が行えないこともあります。）	はい・いいえ
時計・ネックレス・ベルト・ヘアピン・ウィック・増毛スプレー等をしていますか？	はい・いいえ
ズボン、スカート、上着のポケットになにか入っていますか？	はい・いいえ
貼付薬（湿布、パッチ等）を貼っていますか？	はい・いいえ
入れ歯・補聴器はしていますか？	はい・いいえ
ピップエレキバンやカイロを貼っていますか？	はい・いいえ
閉所恐怖症ですか？（狭いところが苦手）	はい・いいえ
刺青（アートメイク）を入れていますか？	はい・いいえ
カラーコンタクトレンズはしていますか？	はい・いいえ
妊娠、または妊娠の可能性がありますか？（13週未満の安全が確立していません）	はい・いいえ （女性の方のみ）
体重をお教えください	kg

ご不明な場合は ご相談下さい　　ふじまきクリニック

脳ドック問診票②

年　　月　　日

黒枠内をご記入願います （ご記入頂き 脳ドック受診時にご持参ください）

当院ID（ある場合）

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年　月　日	歳
（護者氏名・同伴者）		電話番号	（自宅） （携帯）	
住所	〒			

脳ドックを受ける目的をお教え願います（当てはまるものを、全てチェック願います）
□　今の自分の脳を知りたい　□ 脳梗塞が心配　□ 脳内出血が心配　□ くも膜下出血が心配 □ 脳動脈瘤が心配　□ 家族・知人が脳の疾患になり自分も心配　□ 認知症が心配　□　人に勧められた その他（自由記載願います） _____ _____

現在治療中、または過去にかかったり、指摘された病気はありますか？	□いいえ	□はい

（検診結果などがありましたら、来院時にご持参ください。参考にさせていただきます。）
→「はい」の場合、下記の該当する症状にチェックをお願いします
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 高脂血症　□ 心疾患　□ 不整脈　□ 脳疾患　□ がん　□ 痛風
□ アトピー性皮膚炎　□ 喘息　□ 花粉症　□ 結核
□ 具体的病名または他の疾患_____
_____

現在、内服中のお薬はありますか？	□いいえ	□はい（お薬手帳をご持参ください）
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？	□いいえ	□はい　その名_____
お酒はのみますか？	□いいえ	□はい　週_____日 種類・量：_____ml・合
喫煙歴はありますか？	□いいえ	□はい　1日___本 ___才から___才まで

ご協力ありがとうございました　ふじまきクリニック