

脳ドック問診票

ふりがな _____ 記入日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
お名前 _____ 年齢 _____ 歳

御住所 〒 _____

電話番号 (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

①現在治療中の病気はありますか? ある ない

⇒あるにチェックされた方は、病名を記入してください

②現在飲んでいるお薬はありますか? ある ない

⇒あるにチェックされた方は、薬剤名を記入してください

③これまでに病気、手術、大けがなどをしたことがありますか? ある ない

⇒あるにチェックされた方は、病名を記入してください

④飲酒、喫煙の習慣はありますか?

日本酒 (_____) / 日 ビール (_____) / 日 および、たばこ (_____) 本/日 _____ 年間

⑤薬や注射、食べ物に対してアレルギーはありますか?

⑥女性の方のみお答えください

現在、妊娠中ですか? 妊娠中 妊娠している可能性がある 妊娠の可能性はない

その他、お伝えになりたいことがあればお書きください。