

脳ドック問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	職業	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 -	電話番号	自宅		
			携帯		
結果送付先住所	〒 -	検査日	年 月 日 時から		
検査コース	<input type="checkbox"/> ①シンプル <input type="checkbox"/> ②もの忘れ <input type="checkbox"/> ③生活習慣 <input type="checkbox"/> ④もの忘れ・生活習慣 <input type="checkbox"/> ⑤全身精密検査				
	助成金を利用する場合は③の生活習慣脳ドックコースとなります。 症状がある場合には、保険適応になる場合がございますので、保険証をご持参ください。 ②③④⑤コースの方へ：午前検査は朝食を、午後検査は昼食を、お控えください。飲水は構いません。 他の医療機関へ紹介が必要な病気が見つかった場合には、別途情報提供料が必要となります。 CD-RでMRI画像データの受け取り希望（追加で1,650円(税込)） <input type="checkbox"/> 希望有り <input type="checkbox"/> 希望無し				

①今までにかかった病気や受けたことのある手術を教えてください

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 心疾患 喘息
 消化器疾患 くも膜下出血 その他 ()

②過去に受けたことのある手術（カテーテル・内視鏡など含む）などはありますか？

ない ある ()

③現在内服しているお薬はありますか？ ない ある ()

④薬やアルコールのアレルギーはありますか？ ない ある ()

⑤お酒やタバコは飲まれますか？ 飲まない タバコ お酒

⑥運動の習慣はございますか？ ない 週に2回程度 毎日

⑦※検査のためにお聞きします。

1. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ わからない
2. 今までにMRもしくはCT検査を受けたことはありますか？ はい いいえ
3. 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ 妊娠中 わからない 授乳中 いいえ
4. 過去1年以内に健康診断を受けられていますか？ はい いいえ
5. 裏面のMRI検査の注意事項を読まれましたか？ はい いいえ

脳ドックのご案内

(MRI)

当院では高磁場MRI (1.5テスラ) 機器を用いた脳ドックを行います。

MRI検査では、磁場を利用して体内情報を画像化します。放射線被曝の心配はありません。

検査中は工事現場のような音がしますので、耳栓をしていただきます。痛みは伴いません。

(下記の医療器具が体内にありますか?一つでもある方はMRIを受けることは出来ません)

心臓ペースメーカー	植込み式除細動	人工内耳	可動性義眼
シャントチューブ	骨成長刺激装置	植込み式刺激電極	

(下記の医療器具が体内にありますか?条件によってはMRIを受けることは出来ません)

脳クリップ	消化器クリップ	人工心臓弁	ステント・コイル
留置カテーテル	避妊リング	治療針	人工関節

(下記に該当する方はMRIを受けることは出来ない場合があります)

金属研磨業の経験	体内金属片	刺青	メイク
閉所恐怖症	妊娠	コンタクトレンズ	
ヘアピン・ピアス・ネックレス・眼鏡・時計・財布・鍵・指輪・ベルト・湿布・カイロ・貼り薬・ヒートテック・携帯・入れ歯・補聴器・取り外し可能な金属など			

万が一MRI室内に持ち込んで被った損害に関しては一切の保証を行う事が出来ません。

当日、お薬は(ニトロダームや湿布はMRI室入室前にはずします)内服して頂き、

なるべく軽装、軽めのお化粧品でお願いします。MRI検査は15分から30分程度です。

お手洗いを済ませ、貴重品や金属は鍵付きロッカーに入れてから入室となります。

検査中気分が悪かったり変調がありましたらブザーを握ってお知らせ下さい。

(CT)

CT(コンピューター断層撮影)で胸部または腹部の断層画像を撮影します。

仰向けに寝て撮影します。痛みを伴いませので安心して検査を受けてください。

CTで使用するエックス線量は微量ですので身体に悪影響を及ぼす心配はございません。

安全で正確な検査のため、指示されたとき以外は身体を動かさないようにご協力をお願いします。

妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方は、必ず事前に申告ください。CT検査は省略します。