

簡易脳ドック問診表・同意書

様 体重 () k g

安全な検査を施行にあたり下記に該当する方は必ず申し出て下さい。

- ・心臓ペースメーカー・ICD(埋込み型除細動器)
- ・体内金属がある方
- ・今までに手術を受けたことのある方
- ・現在妊娠及び可能性のある方
- ・閉所恐怖症

※脳ドックの参考資料といたしますので次の質問にお答え下さい。

a) 今回の脳ドックの目的は

- 今まで脳の検査を受けたことがない 定期健診
- その他 ()

b) 病歴

- 特になし
- 脳卒中 高血圧 糖尿病 高脂血症 眼底出血
- その他 ()

c) 手術歴

- なし
- はい 時期 () 病名 ()

d) 現在の気になる症状は

- めまい どうき 息切れ 立ちくらみ 耳鳴り 頭痛 物忘れ
- 脈の乱れ 視力低下 目の奥の痛み 視野が狭くなった 手足のしびれ
- その他 ()

※今回脳ドック検査の説明、危険性について確認し MRI 検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

報告書送付住所、連絡先

〒

電話 _____