

脳リスク検診問診票

以下に該当する方は、検査を受けられない可能性がありますので、チェックをお願いします

MRIが受けられない医療機器が体内にある

- 心臓ペースメーカー 人工内耳 埋め込み型除細動器 神経刺激装置
 インスリン注入ポンプ 骨成長刺激装置

MRIが受けられない可能性のある医療用金属が体内にある

- 脳動脈クリップ 金属製人工弁 各種ステント
 人工関節 歯科治療器具(インプラント/差し歯/矯正装置など)
 骨折治療で埋込んだボルト・プレート 磁力装着義眼

可能でしたら、治療を受けられた医療機関にMRI対応可能かどうかご確認をお願いします

- 刺青(タトゥー)をしている
 妊娠中あるいは妊娠している可能性がある
 上記すべての項目に該当しない

※貼付薬、湿布、持続血糖測定器(FreeStyleリブレ®)等は、検査前に剥がしていただきます。

※虚偽の申告により問題が生じた場合、当院は責任を負いかねます。

◆ 氏名: _____, 身長: _____cm, 体重: _____kg

◆ ご希望される結果説明日をご記入ください (検査日より2週間以降)

第1希望: _____月 _____日() : _____頃

第2希望: _____月 _____日() : _____頃

結果説明が可能な曜日・時間帯

	月	火	水	木	金	土
午前	○	/	/	○	○	○
午後	○	/	/	○	○	/

◆ 以下のご質問にお答えください

脳・神経・頭の病気をしたことがありますか？

- ない ある (具体的な病名: _____)

血のつながったご家族が以下の病気になったことがありますか？

- ない くも膜下出血・脳動脈瘤 認知症 脳梗塞 脳出血

下記生活習慣病を指摘されている あるいは 治療中ですか？

- ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症

タバコは吸いますか？

- 吸わない 現在も吸っている (1日____本 × ____歳～現在)
 昔は吸っていたが止めた (1日____本 × ____歳～____歳)

お酒は飲みますか？

- 飲まない・たまに飲む 飲む (種類:____ × ____杯/mL)

※当院は、二次救急医療機関であり、救急患者対応のため、やむを得ず予約時間よりもお待たせしてしまう可能性がございます。ご了承ください。