

< MRI健診問診票 >

ID

年 月 日

1) フリガナ		
氏名		
生年月日 大正・昭和・平成		年 月 日 歳
電話番号		
住所 (〒 -)		
◎ 結果郵送先(上記住所と異なる場合はご記入下さい ※日本国内に限ります)		
(〒 -)		
2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？		はい いいえ
「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？		
病院名() 診療科()		
3) 今までにかかられた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？		はい いいえ
喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障 その他()		
4) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？		はい いいえ
()		
6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？		はい いいえ
「はい」の方はどのような手術をされましたか？		
(歳)		
7) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？		はい いいえ
「はい」の方は○印をつけてください。		
脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 脳腫瘍		
8) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？		はい いいえ
(本/日 歳 ~ 歳 年間)		
9) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？		はい いいえ
何を() どのくらいの量() 頻度()		
10) 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？		はい いいえ
11) 現在妊娠中ですか？または、妊娠の可能性ありますか？		はい いいえ
12) 下記で該当するものはありますか？ <input type="checkbox"/> 下記に当てはまるものはない		
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯列矯正 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 磁石を使った義歯 <input type="checkbox"/> その他()		