

# 脳検診(MRI)予約票

\*検査当日は、この予約票をお持ちください。

ふりがな

検査予約日

氏名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日 時 分

\*検査時間は、都合により多少遅れることがあります。  
あらかじめ御了承下さい。

1.MRI(磁気共鳴装置)は強い磁気の中での検査です。以下のものは持ち込めませんので  
ご注意ください。

金 属	: めがね、鍵、補聴器、入れ歯、ベルト、ヘアピン、ネックレス、ピアス、時計、指輪、エレキバン、安全ピン、硬貨など
磁気カード	: クレジットカード、キャッシュカード、スイカ、入退室カードなど
下着類	: ホック、ブラジャー、ボディスーツ、スナップなど
その他	: 携帯電話、PHS、使い捨てカイロ、その他電子機器など

2.検査前には排尿を済ませてください。

3.化粧はできるだけ薄くしていただき、ラメの使用は御遠慮下さい。  
ヘアピン、バレッタ等は外し、頭髪には何もつけないで下さい。

4.人工関節、脳動脈クリップなど、体内に金属や異物のある方は申し出てください。

5.心臓ペースメーカー、刺激電極などを身につけている方は検査できません。

6.撮影時間はおよそ30分程度です。検査中は木槌で叩くような連続音が聞こえます。  
体を動かさないようご注意ください。

7.検査前日、当日とも食事制限はありません。

[念のため、ご自分で以下の点をチェックしてください]

①心臓ペースメーカーを使用していますか？	はい ・ いいえ
②体内に金属を残すような手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
③入れ歯、差し歯(インプラント含む)等の義歯はありますか？	はい ・ いいえ
④眼内レンズ(コンタクトではなく)、義眼などがありますか？	はい ・ いいえ
⑤刺青、タトゥーをいれていますか？	はい ・ いいえ
⑥女性の方は現在、妊娠していますか？	はい ・ いいえ

医療法人 進興会 進興クリニック  
〒141-6003 東京都品川区大崎2-1-1  
Think Park Tower 3F

TEL 03-5745-3003  
FAX 03-5745-3004

# 脳検診問診票

この問診票はあなたの健診の成績を判定し、将来のための大事な資料になります。  
必ずご記入の上受診時に提出していただきますようお願いいたします。  
記入方法は各項目の質問に従ってご記入いただきますが、なるべく全ての質問に答えて下さい。またわからない場合は受診後にお聞きいたしますので、そのまま結構です。  
尚、この問診票の結果は、当会個人情報保護方針に沿って管理いたします。

1. 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

2. 記入年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 当センターでの脳検診( 初めて \_\_\_\_\_ 2回目 \_\_\_\_\_ 3回目 \_\_\_\_\_ )

2回以上受診されている方のみ下記の質問にお答えください。

①前回の脳検診において指摘項目はありましたか？ はい いいえ

②指摘項目があった方は覚えている範囲で結構ですので病名などお書きください。病名など覚えていない場合は未記入で結構です。  
指摘項目、病名 \_\_\_\_\_

4. 他院での脳検診( なし \_\_\_\_\_ 1回 \_\_\_\_\_ 2回以上 \_\_\_\_\_ )

他院にて脳検診を受診されたことのある方のみ下記の質問にお答え下さい。

①他院受診の脳検診において指摘項目はありましたか？ はい いいえ

②指摘項目があった方は覚えている範囲で結構ですので病名などお書きください。病名など覚えていない場合は未記入で結構です。  
指摘項目、病名 \_\_\_\_\_

5. 症状についてお答え下さい。

①最近視力が下がりましたか？ はい いいえ

②視野(見えてる範囲)が狭くなりましたか？ はい いいえ

③ものがふたつ(ダブって)にみえますか？ はい いいえ

④眼精疲労がありますか？ はい いいえ

⑤耳が聞こえにくくなりましたか？ はい いいえ

⑥耳鳴りがしますか？ はい(高音・低音・ときどき・いつも) いいえ

⑦現在風邪をひいていますか？ はい いいえ

→はいの場合

・いつからですか？ (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃/ 日前から)

・以下の症状はありますか

( 咳 ・ 熱 ・ 鼻づまり ・ 頭痛 ・ その他 )

⑧花粉症など慢性的な鼻炎などありますか？ はい いいえ

## 脳検診問診票

- ⑨頭痛はありますか？ はい いいえ  
→はいの場合  
・いつからですか？ (平成 年 月 日頃/ 日前から)  
・以前にも同じような頭痛がありましたか？ はい( 年 月頃) いいえ
1. 頭痛の程度はいかがですか？  
a. 軽い頭痛で他のことに熱中すると忘れる。  
b. 我慢すれば仕事ができる。  
c. 仕事を休んで寝ていなければならない。  
d. 寝ていても激しく痛い。  
e. その他( )
2. 頭痛の性質(痛みかた)はどうですか？  
a. 頭が重い感じ。  
b. 頭を締め付けられる感じ。  
c. 脈にあわせたようにズキズキと。  
d. チクチクと針をさすように。  
e. その他( )
3. 痛むのはどこですか？ 頭全体 ・ 左右半分 ・ 後頭部 ・ 前頭部  
側頭部 ・ 頭頂部 ・ こめかみ
4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？  
a. 毎日 b. ( )日に一回くらい c. ( )月に一回くらい
5. 頭痛はどれくらい続きますか？  
a. ( )分くらい続く b. ( )時間くらい続く c. ときどき楽になるが1日中
- ⑩しばしば、めまいがありますか？ はい いいえ
- ⑫気の遠くなる感じがすることがありますか？ はい いいえ
- ⑬ひきつけを起こしたり、卒倒したことはありますか？ はい いいえ
- ⑭手足の力が抜けることはありますか？ はい いいえ
- ⑮手足がしびれることはありますか？ はい いいえ
- ⑯話をするのに不自由をかんじたり、ろれつが回らないことがありますか？ はい いいえ
- ⑰よく手や指が震えますか？ はい いいえ
- ⑱物忘れがひどくなりましたか？ はい いいえ
- ⑲身近に脳の病気をした人はいますか？ はい いいえ  
→はいの場合 血縁(続柄) \_\_\_\_\_ 病名( \_\_\_\_\_ )
- ⑳その他、あなたが脳からきているのではないかと心配している症状がありましたら  
ご記入ください。
1. ( \_\_\_\_\_ )
2. ( \_\_\_\_\_ )