

「脳ドック」予約申込書 兼 問診票

記入日：令和 年 月 日

必要事項に記入・押印・チェックし、返信用封筒にてお送りくださるようお願いいたします。

■利用者の基礎情報		当センターへの受診歴	あり	なし
フリガナ ご氏名	①		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	年齢	歳
ご住所	市・郡	町・村		
お電話番号	(自宅)	-	(携帯)	-

【重要】強い磁気を用いる検査ですので、下記問診に該当する方・体内金属のある方は原則として検査が受けられません。

- 今までに、〔脳の病気・けが〕で通院された事がありますか？ → はい ・ いいえ
- 今までに、〔手術〕を受けられた事がありますか？ → はい ・ いいえ
- ①（手術名：_____、いつ： 年 月頃、どこで：_____、体内金属：あり・なし・不明）
- ②（手術名：_____、いつ： 年 月頃、どこで：_____、体内金属：あり・なし・不明）
- ③（手術名：_____、いつ： 年 月頃、どこで：_____、体内金属：あり・なし・不明）

■MRI検査：問診票【禁忌事項（体内金属の有無など）の確認】（※ご不明な点がありましたら、未記入のままご送付ください。）

心臓ペースメーカーの埋め込みはありますか？	→	はい	・	いいえ
人工内耳の埋め込みはありますか？	→	はい	・	いいえ
心臓に人工弁はありますか？	→	はい	・	いいえ
頭部や脳の手術で金属の埋め込みはありますか？	→	はい	・	いいえ
脳動脈瘤クリップが入っていますか？	→	はい	・	いいえ
止血クリップが入っていますか？	→	はい	・	いいえ
脳血管、頸部血管、冠動脈などにステントが入っていますか？	→	はい	・	いいえ
脳脊髄液のシャントチューブが入っていますか？	→	はい	・	いいえ
胸部手術で針金の埋め込みはありますか？	→	はい	・	いいえ
腹部などの手術で止血のペッツ(金具)はありますか？	→	はい	・	いいえ
歯科インプラントはありますか？	→	はい	・	いいえ
人工関節、人工骨頭はありますか？	→	はい	・	いいえ
骨折手術でプレートや金属釘、ワイヤー固定などありますか？	→	はい	・	いいえ
閉所恐怖症がありますか？	→	はい	・	いいえ
咳やくしゃみ、止められない体動はありますか？	→	はい	・	いいえ
極度の肥満はありますか？	→	はい	・	いいえ
溶接作業などによって、眼の中に金属粉はありますか？	→	はい	・	いいえ
入れ墨はありますか？	→	はい	・	いいえ
アイラインにタトゥー（入れ墨）はありますか？（女性の方のみ）	→	はい	・	いいえ
現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ）	→	はい	・	いいえ

■後日、担当看護師より内容確認のため電話連絡させていただきます。連絡時に都合が良い時間帯をお知らせ下さい。
 ※なお、希望する時間帯がある場合は、9時～17時の範囲内で時間を記入ください。

いつでも良い 希望する時間帯あり : (時 分～ 時 分頃)

■その他、質問事項などあればご記入ください。

(_____)

※検査当日の来院時間は11：45となります。

※検査当日までの期間中、上記問診内容に1項目でも該当する状態に変わった場合、事前にご連絡ください。

また、安全管理上、検査当日も問診票を再度記入していただきます。ご了承ください。

【※医療機関使用欄（記入しないでください。）】

① 書類 発送 日	: 令和 年 月 日 (曜日)	担当者 (医事課)	_____
② 受 付 日	: 令和 年 月 日 (曜日)	担当者 (医事課)	_____
③ 電話での問診 日	: 令和 年 月 日 (曜日)	担当者 (看護師)	_____
④ 検査 予定 日	: 令和 年 月 日 (曜日)	担当者 (看護師)	_____