

様

脳ドック受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

終了時間 16：30 (所要時間 3時間30分)

当日の連絡事項です

1、来院時間

13：00頃までに受付までお越し下さい。

(血液・尿検査を受けられる方は12：30までにご来院下さい)

2、食事制限

無し

(但し血液検査を受けられる方は朝・昼食を抜いて下さい。
また採血後召し上がられる簡単な食事をご持参下さい。)

3、持参していただく物
(必要事項要記入)

* 脳ドック問診表

* MRI問診表

* 検査項目内容確認書

オプション項目希望の際にはをお願いします。

(神経心理テストを希望される方は通常使用の眼鏡等も)

4、結果説明

当日16：00頃から担当医師が行います。

(オプション項目は2週間以内にご自宅へ郵送となります)

5、費用

基本検査のみ 39,900円 (税込み)

(オプション実施項目毎に費用が加算されます。)

注) 何らかの都合で予約を変更される場合は速やかにご連絡下さい。

〒651-1505 神戸市北区道場町日下部1788番地

TEL (078) 950-2622

FAX (078) 950-2623



医療法人社団 六心会 恒生病院

脳ドック問診表

様

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ BMI _____ ・ 腹囲 _____ cm

血圧mmHg：安静時 _____ / _____ ・ 仰臥位から立位時 _____ / _____

※ドック当日に当院にて計測いたします。

* 脳ドックの参考資料としますので 次の事柄にお答え下さい。 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 現在)

●今回脳ドックを受けるにあたり、どのような病気を最も心配されていますか？

(_____)

1、病歴・手術歴

・今までに大きな病気をされた事がありますか？

いいえ

はい・・・脳卒中 高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 痛風 眼底出血

その他 (_____)

・今までに手術を受けられた事がありますか？

いいえ

はい・・・いつ頃 (_____) 病名 (_____)

2、家族歴

・血縁関係にある方で (イ.祖父母・ロ.父母・ハ.子供・ニ.兄弟姉妹) 次の病気にかかれたことがあれば続柄をご記入下さい。

脳卒中/出血・梗塞・くも膜下出血等 (_____) 高血圧 (_____)

糖尿病 (_____) 心臓病 (_____) 高脂血症 (_____)

痛風 (_____) その他 (_____)

3、現在の状態

・次のような気になる症状はありますか？

めまい どうき 息切れ 立ちくらみ 耳鳴り 鼻血 頭痛

手足のしびれ 不眠 脈のみだれ 胸を締め付けられる感じ

背中痛み 物忘れ 視力低下 肩・首の凝り

視野が狭くなった その他 (_____)

・この1年間の体重の変化は？

増えた (_____ kg) やせた (_____ kg) ほとんど変わらない

・医師にかかったり、市販薬の服用はありますか？

いいえ

はい・・・医師にかかっている。病名 (_____)

市販薬を服用している。薬名 (_____)

・「たばこ」を吸っていますか？

いいえ

はい・・・1日の本数 (_____ 本)

・お酒は飲まれますか？

いいえ 時々 毎日・・・1回量は？ (ビール _____ 本・ウイスキー _____ 杯・日本酒 _____ 合)

・健康維持の為、何かスポーツをされていますか？

いいえ

はい・・・(内容 _____)

MRI 検査 問診・同意書

安全に正確な検査を施行するために、ご協力をよろしくお願い致します。
該当する項目にチェックをお願いします。

- 以前にMRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
ある方…………いつ頃ですか？ 1年以内 5年以内 10年以内 それ以前
どこで受けられましたか？ 当院 他の医療機関

★次に該当される方は検査できない場合があります。

- 人工心臓弁、人工内耳、義眼ではありませんか？ はい いいえ
●ステント、コイル、動脈瘤クリップが体内にありませんか？ ある なし
ある方…………いつ頃入れましたか？（ 年 月頃）
何を入れましたか？ ステント コイル 動脈クリップ

- その他体内に金属を入れる手術されたことがありますか？ はい いいえ
ある方…………いつ頃入れましたか？（ 年 月頃）
どこの手術ですか？（ ）

- 刺青(入れ墨)、アートメイクをされていますか？ はい いいえ
●カラーコンタクト、アイシャドウをされていますか？ はい いいえ
●金属加工の仕事をされたことがありますか？ はい いいえ
●狭いところは苦手ですか？(閉所恐怖症ですか？) はい いいえ

<該当する方は担当者に声をかけてください>

★次に該当される方は検査を受けることができません！！

- ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置を埋め込まれた方 はい いいえ
●金属性義眼、人工内耳を埋め込まれた方 はい いいえ
●妊娠3ヵ月以内の方(可能性のある方) はい いいえ

<該当する方は担当者に声をかけてください>

上記項目記載には相違ありません。
また検査の必要性、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。

年 月 日

署名 患者氏名 _____

代筆 _____ 続柄 _____

※尚、入院中の患者様で2回目以降は問診を省略しても構いません。ただし、同意のサインは必要です。

脳ドック検査項目内容確認書

オプション検査をご希望の場合は項目に☑をご記入下さい。

基本検査

項目	内容	適応	料金 (税込み)
一般健診	身長・体重		39,900円
生理機能検査	心電図	心臓機能	
	心機図・脈波	動脈硬化	
超音波検査	頸部エコー	動脈硬化	
頭頸部MR検査	MRI MRA(頭部・頸部)	*1	
	頸椎MRI(T2 sagのみ)		
VSRAD	MR検査	海馬の萎縮度(認知症)	

*1 MRが無理な場合はCTにて実施

オプション検査

<input checked="" type="checkbox"/>	項目	内容	適応	料金 (税込み)
<input type="checkbox"/>	尿検査 *2	蛋白・糖・潜血		420円
<input type="checkbox"/>	血液検査 *2	肝・脾・機能 腎機能 脂質 血糖 貧血 その他	GOT、GPT、 γ -GTP、LDH、ALP、アミラーゼ 尿素窒素、クレアチニン、尿酸 総コレステロール、HDL・LDLコレステロール、中性脂肪 空腹時血糖、ヘモグロビンA1c 末梢血一般 総タンパク、アルブミン、電解質(Na、K、Cl)	7,350円
<input type="checkbox"/>	胸部単純撮影			2,100円
<input type="checkbox"/>	胸部CT検査		肺癌・結核等	10,500円
<input type="checkbox"/>	骨密度測定検査	骨塩定量	骨粗しょう症	4,200円
<input type="checkbox"/>	神経心理テスト	かなひろい・ 迷路・対語	物忘れ・早期認知症	3,150円

*2 血液・尿検査をご希望の方へ

朝食・昼食を抜いてご来院下さい。また採血後召し上がられる簡単な食事をご持参下さい。