

3. 生活習慣について該当するものにチェック、または記入してください。

たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない			
	<input type="checkbox"/> 以前吸っていた	【 1日	本	歳～ 歳まで】
	<input type="checkbox"/> 吸う	【 1日	本	歳から】
運動	<input type="checkbox"/> していない			
	<input type="checkbox"/> ときどきする			
	<input type="checkbox"/> 定期的にする 【a. 週に3回実施 b. 週に1～2回実施 c. 毎日】			
	※どのような運動をしていますか【 】			
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない			
	<input type="checkbox"/> 機会があれば飲む			
	頻度	1. 毎日	2. 週 回	3. 月 回 4. ほとんど飲まない
	種類	1. 日本酒	2. 焼酎	3. ビール 4. ウイスキー 5. ワイン
	量	1. 1合未満	2. 1～2合	3. 2～3合 4. 4合以上

4. 家族で脳血管疾患や認知症などの脳の病気にかかった方がいらしたら教えてください。

<input type="checkbox"/> いない	
<input type="checkbox"/> いる	父・母・祖父・祖母・叔父・叔母・その他()
どんな病気ですか？【 】	

5. 女性の方はお答えください。

現在月経中である	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
閉経した	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
妊娠中である	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (月)
授乳中である	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

脳ドックMRI 禁忌チェック票

1 患者情報

患者氏名 : _____ (ID: _____)

生年月日 : S・H・R 年 月 日

2 禁忌確認

脳ドックでは、脳のMRI検査を行います。

MRI検査は、強い磁気の中で検査を行うため、次の項目に該当する場合、吸着・故障・やけど等の危険性があることから、MRI検査を受けることができません。

	なし	あり	
①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー
②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	植込型除細動器
③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳
④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼などに金属片
⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	磁石を用いたインプラント (入れ歯等)
⑥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳室内シャント
⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義眼
⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アートメイク (アイライン等)
⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ/コイル
⑩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓人工弁
⑪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CVポート
⑫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステント (脳・心臓・大動脈・下肢血管・尿管・その他 [_____])
⑬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工関節 (部位: _____)
⑭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	プレート (部位: _____)
⑮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボルト (ねじ) (部位: _____)
⑯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内視鏡クリップ (内視鏡検査日: H・R 年 月 日)
⑰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	刺青 (いれずみ)
⑱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の体内金属 (_____)
⑲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症
⑳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠中または妊娠の可能性 (女性のみ)

※ 原則、上記全てが「なし」であること。

確認日: 令和 年 月 日

確認者: _____