

令和4(2022)年度みよし市脳ドック事前申込書 ※太枠内をご記入ください

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	受付印
			年 月 日( 歳)	
住所	〒 ー みよし市		電話番号	

◆下記の質問の(はい・いいえ)に○をつけてください。また、本人の署名をお願いします。

**絶対禁忌：以下に該当する人は、検査を受けることができません。**

- 1 心臓ペースメーカー又は植め込み型除細動器(ICD)はありますか。 (はい・いいえ)  
 2 可動型義眼はありますか。 (はい・いいえ)  
 3 体内に電子機器はありますか。(人工内耳・神経刺激装置など) (はい・いいえ)  
 4 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 (はい・いいえ)

**注意：以下に該当する人は、検査が受けられない場合があります。**

※「脳ドックを受ける前に必ずご確認ください!」を読み、正しく検査判定ができない可能性があること、  
 検査が受けられない可能性があることに御納得いただいた上でお申込みください。  
 ※検査を一部でも受けた後の自己負担金の返金はできません。

- 5 脳動脈クリップはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 年 月 )  
 6 1か月以内に内視鏡治療を受けたことはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 月 日 ) (止血クリップ： 有 ・ 無 ・ 不明 )  
 7 ステントはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 年 月 )  
 8 心臓人工弁はありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 年 月 )  
 9 脳室内シャントはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 年 月 )  
 10 薬物注入ポート・リザーバーはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：いつ 年 月 )  
 11 身体の中に人工骨頭・プレート・ボルト・その他金属などはありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：人工骨頭・プレート・ボルト・その他金属など ) ※該当に○をつけてください  
 (どこに： )  
 12 取り外すことのできない歯科矯正器具やインプラント、入れ歯、磁石埋込式差し歯等はありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：歯科矯正器具・インプラント・入れ歯・磁石埋込式差し歯 ) ※該当に○をつけてください

**13 5～12の項目で「はい」とお答えの人**

それぞれの主治医からMRI検査を受けてもよいと言われているか。 (はい・いいえ)

- 14 カラーコンタクト・カツラ・アートメイク(落ちないメイク)・入れ墨はありますか。 (はい・いいえ)  
 (はいの人：カラーコンタクト・カツラ・アートメイク・入れ墨 ) ※該当に○をつけてください

- 15 閉所恐怖症又は狭い場所は苦手ですか。 (はい・いいえ)  
 16 長い間じっとしていることは困難ですか。 (はい・いいえ)  
 17 避妊用リングはありますか。 (はい・いいえ)

**18 5～12、14～17の項目で「はい」とお答えの人**

該当項目後にMRI検査を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

19 今までに手術を受けたことがありますか。  (はい・いいえ)

(はいの人：いつ 年 月：病名又は部位 )

(はいの人：いつ 年 月：病名又は部位 )

(はいの人：いつ 年 月：病名又は部位 )

(はいの人：いつ 年 月：病名又は部位 )

(はいの人：いつ 年 月：病名又は部位 )

※過去の手術については、頭部や上半身だけでなく、今まで受けたことのある手術をすべてご記入ください。書くスペースが足りなければ裏面にもご記入ください。

20 令和4年度に健康診断を受けますか。(特定健診・職場の健診等)  (はい・いいえ)

※脳ドックは、脳血管疾患等の早期発見を目的に実施しています。脳血管疾患等の脳の疾病は生活習慣病が大きく関わっているため、健康診断もお受けください。

**健康診断を受ける予定のない方は、脳ドックはお申込みいただけません。**

21 現在飲んでいる薬はありますか。  (はい・いいえ)

(はいの人：薬品名 )

22 下記の病気にかかった事や、現在治療中の病気はありますか。※該当にチェック☑をつけてください

特になし

脳卒中 (  脳梗塞  脳出血  くも膜下出血  一過性脳虚血発作 )

:  観察中  治療中  中断放置  治癒  家族歴あり

高血圧症 :  観察中  治療中  中断放置  治癒  家族歴あり

糖尿病 :  観察中  治療中  中断放置  治癒  家族歴あり

脂質異常症 :  観察中  治療中  中断放置  治癒  家族歴あり

心臓病・不整脈 :  観察中  治療中  中断放置  治癒  家族歴あり

その他 (病名 )

上記の項目を確認しました。

年 月 日 署名(本人)

**検査当日、医療機関で記入する問診票と相違があった場合は脳ドックを受けることができません。**

**正確にご記入いただき、再度回答内容にお間違いがないかご確認をお願いいたします。**

23 検査希望医療機関に必ず○をつけてください。

**いしい外科三好クリニック**

**みよし市民病院**

◆質問は以上です。最後にもう一度記入漏れ等ないか、ご確認ください。

**申込み：健康推進課(保健センター内)へ直接、または郵送**

**期限：5月27日(金)必着**

**提出先：〒470-0224 みよし市三好町陣取山54番地**

**電話：0561-34-5311**