

ID :

脳健診票

ももはクリニック石坂

実施日： / /

会社情報	会社名			会社TEL		
	〒	-	会社住所			
患者情報	ふりがな			性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			男・女	電話番号	自宅・携帯
	〒	-	住所			
	現在治療中の病名 ※いつから	高血圧 (年前～)		糖尿病 (年前～)		高脂血症 (年前～)
		通院している病院名				
脳の病気 ※何年前か	(年前)		(年前)			
	通院している病院名					
飲んでいる薬	<※サプリメントは除く>					
クリニック欄	MRI	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 大脳白質病変 <input type="checkbox"/> 無症候性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 正常・・・明らかな異常を認めません。 <input type="checkbox"/> 追跡不要・・・動脈硬化性変化を認めますが、高リスクとは言えません。		
	MRA	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 動脈硬化所見 <input type="checkbox"/> 脳主幹動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 内頸動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 未破裂脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 要追跡・・・今後脳卒中のリスクが高いと思われます。 下記期間での定期受診をお勧めします。 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 12ヶ月 <input type="checkbox"/> 24ヶ月 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 要受診 専門医への受診をお勧めします。		
	認知機能	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 認知機能に懸念あり <input type="checkbox"/> CADi2 <input type="checkbox"/> VSRAD				
	コメント					

上記の通り御報告いたします。

令和 年 月 日

この用紙と画像 (CD) がセットです。

ももはクリニック石坂

院長：安永 剛 印

※この結果は検査日時点での結果です。