



5) 体内に金属を入れる手術を受けたことはありますか？ はい いいえ  
「はい」の方は、該当する箇所に○をつけてください  
ペースメーカー      スtent      金属プレート      その他 (                      )

6) かかりつけ医はありますか？ はい いいえ  
医療機関名：  
担当医：

7) 現在飲んでいる薬を記入してください  
(処方の内容が分かるものを提出していただければ記入の必要はありません)

8) 血液をさらさらにする薬を内服していますか？ はい いいえ  
「はい」と答えた方は、内服している薬に○をつけてください  
バイアスピリン・プラビックス・プレタール・パナルジン・タケルダ・コンプラビン  
ワーファリン・プラザキサ・エリキュース・エパデール・リクシアナ・その他(                      )

9) 薬剤・食物アレルギーはありますか？ はい いいえ  
「はい」と答えた方は、アレルギーのある薬剤・食物と、その症状を記載してください。

10) 麻酔で体調を崩したことがありますか？ はい いいえ  
「はい」答えた方は、麻酔の種類と、症状の詳細を記載してください。

1 1) 交通事故ですか？ はい いいえ  
「はい」の方は下記事項もご記入ください

単独・相手あり

受傷日                      年                      月                      日

1 2) 工作中・通勤途中でのお怪我ですか？ はい いいえ

1 3) 女性の方に伺います  
現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

ご記入有難うございました。受付までお持ち下さいます様、お願いいたします。