

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 ステント 金属プレート シヤントチューブ クリップ 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

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。

11) 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

12) 工作中・通勤途中でのお怪我ですか? はい いいえ

13) 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

14) アルコールを飲みますか? はい いいえ

(種類:)を()杯/ 毎日・週 回・機会飲酒

15) たばこを吸いますか? はい 過去に吸っていた いいえ

喫煙歴のある方はご記入下さい 1日_____本 喫煙年数_____年間(____歳頃~)

16) 現在のお住まいについて お一人暮らし 同居

17) 当院を受診されたきっかけを教えてください。

知人の紹介 ホームページを見て 通りがかり 地域情報紙
口コミを見て 医療機関からの紹介 その他 ()

ご記入ありがとうございました。最後に、アンケートに御協力お願いいたします。

お住まいの地域情報紙をお読みになられたことはありますか。

該当するものがあれば○をつけて下さい。(複数回答可)

・なし ・ショッパー ・アサココ ・LIVING多摩(リビング多摩)
・読売新聞(多摩版) ・タウンニュース ・その他 ()