

【8】輸血を受けたことがありますか

いいえ ・ はい 副作用はありましたか（いいえ ・ はい）

* 信仰上の理由により輸血を受けられない方は予めお申し出ください

【9】職場や病院などで定期的な健康診断を受けていますか

いいえ ・ はい （ 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 ）

【10】今回の症状とは別に希望する検査や心配事があればお書きください

【11】現在、規則的な生活が送れていますか

はい ・ いいえ（仕事忙しい・仕事不規則・悩み事で夜眠れない・その他）

【12】たばこは吸われますか いいえ ・ はい（1日 本）

お酒は飲めますか いいえ ・ はい（1日酒 合 ・ ビール缶 本
その他）

【13】女性の方へ 現在妊娠していますか

いいえ ・ はい ・ 可能性がある

【14】血のつながった家族の中（両親 ・ 兄弟 ・ 子供）で大きな病気をされた方はいますか

ない ・ ある（ ）

【15】当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介（ 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 ）
他科からの紹介（ 科 先生より） ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他（ ）

【16】診察・治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ ・ はい お名前 関係
連絡先（自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他）

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中

認定有の方：要支援（ ） / 地域包括支援センター（施設名 担当者）
要介護（ ） / ケアマネジャー（施設名 担当者）
連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他（ — — ）

ご協力ありがとうございました

内科 ・ 外科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 脳神経外科
問診担当者（ ）