

【8】 身体の中に金属が入っていますか

いいえ ・ はい （ 金属 ・ ペースメーカー ・ ステント ・ 婦人科領域の金属 ・
整形領域の金属 ・ 義歯 ・ インプラント ）

【9】 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

【10】 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 ）

【11】 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

【12】 現在、規則的な生活が送れていますか

はい ・ いいえ （ 仕事が忙しい ・ 仕事が不規則 ・ 悩み事で夜眠れない ・ その他 ）

【13】 たばこは吸われますか いいえ ・ はい （ 1日 本 ）

お酒は飲まれますか

いいえ ・ はい （ 1日酒 合 ・ ビール缶 本
その他 ）

【14】 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

【15】 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 （ ）

【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 ）

【アンケート】 ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌 ・ 新聞 ・ チラシ・ポスター ・ その他（ ）)を見て
講演会 ・ 市民(健康)講座 ・ 西の京病院主催の教室 に参加して
他院からの紹介 （医療機関名 ）
西の京病院/他科からの紹介 （ 科 先生、人間ドック/PET等検査）
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介 ・ 近くて便利

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（ ）