

⑥ 今まで手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

“はい”の方 → どのような手術ですか？（ ）

⑦ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

“はい”の方 → 内容をご記入ください（ ）

⑧ 嗜好品について教えてください。

タバコ：吸う（1日 本、 歳から）

・ 吸っていた（1日 本、 歳まで） ・ 吸わない

飲酒： 飲む（ を1日 ml または 合）

⑨ ペットを飼っていますか → いない・いる（ ）

⑩ 父母兄弟で、下記の病気の方がおられますか？

肺結核 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 心臓病 脳梗塞 腎臓病

高血圧 糖尿病 高脂血症 その他（ ）

⑪ 女性の方はお答えください。

妊娠または授乳をされていますか？（はい・いいえ）

