

FMD（血流依存性血管拡張反応）検査 問診表

検査日 _____

ID _____

氏名 _____

殿 _____

当てはまるものに 、もしくは記入をお願いします。

1. 今までに腕を圧迫しないように言われたことがありますか？

（例えば、乳腺の手術後禁止されている・腕にシャントがある・・・など）

はい → どちら側ですか？ （ 右 ・ 左 ）

いいえ

2. 今日は水以外で飲食をされていますか？

食べたもの ・ 飲んだもの

はい → () 時 () 分頃

いいえ

3. 今日は喫煙をされていますか？

はい → () 時 () 分頃

いいえ

4. 現在服用中の薬がありますか？

薬の種類

はい → 今日は () 時 () 分頃に服用

いいえ

5. （女性の方のみ）現在、生理中ですか？

はい

いいえ