**アンケートI**　　**上肢深部静脈血栓症に関する調査**

施設名：

施設長名：

記載者名：

記載者メールアドレス：

1. 貴施設にて**平成29年1月1日から平成30年12月31日までに**診断された

上肢深部静脈血栓症の患者さんはいますか。（どちらかに〇をお付けください）

**はい　　　　　いいえ**

1. はいとお答えいただいた場合には、その症例数をお教えください。

**症例数　　　　　　　　例**

3.　①、②　どちらで対応いただいたのか、〇をお付けください。

①　各施設長の実施許可を得る。

②　各施設の倫理委員会で迅速審査を行う。