

循環器内科問診票

来院日

フリガナ		性別 男・女	年齢	職業	身長:	cm
氏名					体重:	kg
					体温:	℃

下記の質問にお答え下さい。(該当する項目に記入、もしくは○をつけて下さい。)

1. 今回どのような症状で受診されますか。 胸痛(安静時/ 労作時→運動や動いている時など)・胸部圧迫感・胸が絞めつけられる・胸が重い 動悸・脈が乱れる・脈が飛ぶ・息が苦しくなる・息切れ 血圧が高い・血圧が低い・失神・立ちくらみ・下肢のむくみ・足の指が冷たい・下肢が痺れる 健康診断又は人間ドックで精密検査が必要と言われた ▶何の精密検査ですか?() ※他院で受けられた方は、検査結果がある方は提出して下さい。 その他()			
2. その症状はいつ頃から起こりましたか。 年 月 日頃～ / 月に 回・週に 回・1日 回			
3. 最後に症状があったのはいつですか。 年 月 日 (時頃)			
4. 胸痛や動悸は、どのくらいの時間続きましたか。 時間 分 秒			
5. 現在も症状はありますか。また、どのような時に起こりますか。(該当に○をつけて下さい。) 動いた時・安静時・朝・日中・就寝中・明け方・起床時 その他()		はい	いいえ
6. 同じ症状で他院にかかりましたか。 (いつ: 病名:)		はい	いいえ
7. 現在までに何か大きな病気で治療を受けたことはありますか。(該当に○をつけて下さい。) 糖尿病・心臓病・高血圧・脂質異常症・肝臓病・腎臓病・脳血管疾患・甲状腺 膠原病・川崎病・がん・緑内障・ペースメーカー・肺疾患(喘息・肺気腫・肺結核 など) 精神疾患・その他()		はい	いいえ
8. 現在までに何か手術を受けたことはありますか。 (いつ: 病名:)		はい	いいえ
9. 現在飲んでいる薬はありますか。 ※お薬手帳がある方は受付にお出してください。 [薬の名前]		はい	いいえ
10. お酒は週にどのくらい飲まれますか。(回/月・週・日) 種類と量(ビール・焼酎・日本酒・ワイン・その他 / ml・合)		はい	いいえ
11. タバコは吸いますか。(1日 本 年間) ※「いいえ」の方→以前喫煙していた場合(歳から 歳まで1日 本喫煙)		はい	いいえ
12. 現在、妊娠中ですか。又は妊娠の可能性はありますか。		はい	いいえ
13. 現在、授乳中ですか。		はい	いいえ
14. ご家族※に次の病歴はありますか。(該当に○をつけて下さい。) 狭心症・心筋梗塞・糖尿病・高血圧症・脂質異常症・がん 遺伝性疾患() ※血縁関係にある者(続柄:)		はい	いいえ
15. 現在までに薬剤や食物、花粉などで、アレルギー症状(発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど)が起こったことはありますか。			
【薬剤】	はい → いいえ	→医師の診断が (ある・ない)	薬剤名: 症 状:
【食物】	はい → いいえ	→医師の診断が (ある・ない)	食物名: 症 状:
【その他】	はい → いいえ	→医師の診断が (ある・ない)	その他: 症 状: