

循環器科問診票

来院日

フリガナ		性別	年齢	職業	身長:	cm
氏名		男・女			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)・胸部圧迫感・胸が絞めつけられる・胸が重い
 動悸・脈の乱れ・脈が飛ぶ・息が苦しくなる・呼吸苦・息切れ・不整脈・下肢のむくみ、痛み
 血圧が高い・血圧が低い・足の指先が冷たい・失神
 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、検査結果も提出して下さい。
 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. 胸痛や動悸は、どのくらいの時間続きましたか。
 _____時間_____分_____秒

4. 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・安静にしている時・その他()

はい	いいえ
----	-----

5. 同じ症状で他院にかかりましたか。
 (いつ: 病名:)

はい	いいえ
----	-----

6. 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・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・じん肺など)
 精神疾患・その他()

はい	いいえ
----	-----

7. 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
----	-----

8. 現在飲んでいる薬はありますか。
 [薬の名前]

はい	いいえ
----	-----

9. お酒は週に何回飲まれますか。(回/週)種類()

はい	いいえ
----	-----

10. 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
----	-----

11. 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
----	-----

12. 現在、授乳中ですか。

はい	いいえ
----	-----

13. 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
----	-----

14. 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 →	→医師の診断が	薬剤名:	症 状:
	いいえ	(ある・ない)		
【食物】	はい →	→医師の診断が	食物名:	症 状:
	いいえ	(ある・ない)		
【その他】	はい →	→医師の診断が	その他:	症 状:
	いいえ	(ある・ない)		