



ID

<循環器内科問診表>

受付時間 _____ : _____ サイン _____

お名前 _____

ご年齢 _____

性別 男 ・ 女

職業 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本日どのような症状でいらっしゃいましたか？有の場合は()も記入して下さい。

・胸痛：有 / 無 (いつ頃から症状が出始めましたか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分から
最期に症状があった日時： _____ 日 _____ 時頃 , 痛みは： 安静時 ・ 労作時)

・動悸：有 / 無 (いつ頃から症状が出始めましたか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分から
鼓動： 速い ・ 乱れる , 症状がでるのは： 安静時 ・ 労作時)

・息切れ：有 / 無 (いつ頃から症状が出始めましたか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分から
症状がでるのは： 安静時 ・ 労作時)

・背部痛：有 / 無 (いつ頃から症状が出始めましたか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分から
痛む所が最初の頃と違う： はい ・ いいえ , 手のしびれ： 有 ・ 無)

・その他(_____)

※ 今現在も、症状は続いていますか？ はい いいえ

※ 今までの状態よりも悪くなっていますか？ はい いいえ

※ 今までに同様の症状で診察を受けたことはありますか？(当院・他の医療機関含む) はい いいえ

2) 今までに下記の病名と診断されたことがありますか？ はい いいえ

心筋梗塞 狭心症 不整脈 弁膜症 先天性の心疾患 肺塞栓 深部静脈血栓症 その他(_____)

3) 今までに心臓の手術や処置をされたことはありますか？ はい いいえ

「はい」の方はどのような処置や手術をされましたか？

(心臓カテーテル 人工弁 ペースメーカー植込 バイパス手術 その他(_____)

4) 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい いいえ

「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？

病院名(_____) 診療科(_____)

5) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？ はい いいえ

喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳疾患 腎疾患 緑内障 その他(_____)

6) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？ はい いいえ

(_____)

7) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？ はい いいえ

「はい」の方はどの薬でどのような症状が出ましたか？

(_____)

8) 心臓の病気以外で手術をしたことがありますか？「はい」の方はどのような手術をされましたか？ はい いいえ

(_____ 歳 _____)

9) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？「はい」の方は○印をつけてください。 はい いいえ

糖尿病 高脂血症 心筋梗塞 狭心症 大動脈解離 突然死

10) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？ はい いいえ

(_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 年間)

11) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？ はい いいえ

何を(_____) どのくらいの量(_____) 頻度(_____)

12) 検査のためにお聞きます。

1. 現在、妊娠中ですか？ 不明 はい いいえ 2. 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

3. 身長 (_____)cm 4. 体重 (_____)kg

5. 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？ はい いいえ