



<循環器内科問診票>

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) アレルギーはありますか？ はい いいえ

薬品、食品、動物、金属などの種類と症状をご記入ください。
()

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