



# < 心臓血管外科問診表 >

受付時間 \_\_\_\_\_ サイン \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

フリガナ  
名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

年 月 日  
男 女

<p>1 いつ頃からどのような症状でお困りですか。</p> <p>1) いつ頃から 今日 昨日 3日前位 1週間前 10日前 2週間前 3週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前</p> <p>2) 症状 胸痛 胸やけ 動悸 息切れ 背部痛 その他</p> <p>3) その症状のために他院の診察や治療を受けましたか? <span style="float: right;">いいえ はい</span> はいの場合 病院名と診断病名を教えてください。 病院名 ( _____ ) 診断病名 ( _____ )</p>
<p>2 今までに大きな病気に罹ったことや、手術を受けたことがありますか? <span style="float: right;">いいえ はい</span></p> <p>→ある場合 何歳頃、何の病気に罹られましたか? また、手術の名前もお分かりでしたらお答えください。 何歳頃( _____ ) 病 名( _____ ) 手術名( _____ )</p>
<p>3 現在飲んでいるお薬はありますか? <span style="float: right;">いいえ はい</span></p> <p>→はいの場合 お薬の名前を教えてください。 薬剤名( _____ )</p>
<p>4 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、食べ物により蕁麻疹や発赤が出たことがありますか? <span style="float: right;">いいえ はい</span></p> <p>→ある場合 薬と食べ物のどちらですか? 薬 食べ物</p>
<p>5 嗜好品についてお聞きします。</p> <p>タバコ 吸わない 吸う 本数 1日 1~10本 1日 10~20本 1日 20~40本 1日 40本以上 喫煙歴 5年未満 10年未満 20年未満 30年未満 40年未満 40年以上 お酒 飲まない 飲む</p>
<p>6 女性の方にお聞きします。</p> <p>妊娠中ですか、又は妊娠の可能性はありますか? <span style="float: right;">いいえ はい</span> 授乳中ですか? <span style="float: right;">いいえ はい</span></p>