

＜循環器内科／心臓血管外科＞ 問診票

名前：_____ 年齢：_____ 歳 性別：男・女

[illegible]

・その症状で他院の診療や治療を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ

診断名：

☐ いいえ
☐ はい 病名： 投薬： 有り ・ 無し

☐ いいえ

☐ はい { ☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 不整脈 ☐ 弁膜症
☐ 先天性心疾患 ☐ 肺塞栓 ☐ 深部静脈血栓症

☐ いいえ
 ☐ はい

☐ 高血圧
 ☐ 脂質異常症
 ☐ 脳出血
 ☐ 脳梗塞

☐ がん： 部位
☐ 肝臓疾患
 ☐ 腎臓疾患

☐ 前立腺肥大
 ☐ 高尿酸血症
 ☐ 消化性潰瘍
 ☐ リウマチ

☐ 貧血
 ☐ 喘息
 ☐ 緑内障

☐ その他：

☐ 手術の経験あり（いつ頃： ）
☐ 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（病名 又は部位： ）

☐ いいえ

☐ はい : どんな症状 :

・飲酒：種類（ ） 量（ ） 頻度（ ）
・喫煙：1日（ ）本 （ ）歳～（ ）歳までの（ ）年間

・現在、妊娠中もしくは授乳中ですか ☐ いいえ ☐ 妊娠中または妊娠の可能性 ☐ 授乳中

受付：