

循環器内科 問診票

年 月 日

氏名 _____ 歳 _____ 性別 男・女
身長()cm 体重()kg

1) 本日はどのような症状(用件)でいらっしゃいましたか？
(○をしてお答えください)

- ・定期検診
- ・自覚症状なし
- ・他院・健診にて指摘された (紹介状 有・無)
- ・血圧が高い
- ・胸痛 (どのようなとき)
- ・動悸 (乱れる・速くなる・鼓動が強く感じる)
- ・息切れ・呼吸困難
(安静時・動いたとき・夜寝ていて苦しくて目がさめる)
- ・背部痛
- ・むくみ (手・足・顔・全身・その他)
- ・その他の症状 ()
- ※ 現在その症状は続いていますか？ はい ・ いいえ
- ※ いつ頃から症状が出始めましたか？ ()
- ※ 現在の症状で他の医療機関を過去に受診されたことがありますか？
はい ・ いいえ

2) 今までに、以下の病気と診断されたことがありますか？
(○をしてお答えください)

心筋梗塞 狭心症 不整脈 心臓弁膜症 脳卒中 肺塞栓 糖尿病
高血圧 先天性心疾患 深部静脈血栓症 末梢動脈疾患
気管支喘息 脂質異常症 高尿酸血症 腎臓病 緑内障
前立腺肥大 甲状腺機能亢進症 その他()

3) 今までに心臓の手術や処置を受けたことがありますか？
はい ・ いいえ

心臓カテーテル(ステント留置) 冠動脈バイパス術 弁膜症手術
ペースメーカー植え込み術

裏面もありますのでご記入ください

4) 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ
病院・医院名 () 病名 ()

5) 現在、服用しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ
(内容)

※ お薬手帳をお持ちでしたらお預けください。

6) アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
(・薬剤 ・食物 ・その他)

7) 御両親、ご兄弟、祖父母に下記の病歴の方がいますか？
例：心筋梗塞 (父)
心筋梗塞() 狭心症() 不整脈() 突然死()
糖尿病() 高血圧() 脂質異常症()

8) 喫煙について
(吸ったことがない ・ 吸っていた ・ 吸う)
どのくらい喫煙しますか？または、喫煙していましたか？
(本/日 歳 ~ 歳まで 年間)

9) お酒について (飲む ・ 飲まない)
なにを ()
どのくらい ()
頻度 ()

10) 女性の方
月経の有無 (順 ・ 不順 ・ 閉経)
現在、妊娠中ですか？ (はい 週目 ・ いいえ ・ 不明)
現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません

ご協力ありがとうございました

阪南市民病院