

心臓内科 問診票

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 氏名 | 身長 | cm | 体重 | kg |
|----|----|----|----|----|

| | |
|---|--|
| アレルギー有無 <input type="checkbox"/> 食べ物：（ <input type="checkbox"/> 薬：（ <input type="checkbox"/> その他：（ | 他院での検査結果や紹介状 <input type="checkbox"/> 無し ※お持ちの方は看護師にお渡し下さい <input type="checkbox"/> あり ※紹介状持参の方は以下問診不要 |
|---|--|

今日どのような症状がありますか？（複数ある場合は複数チェックしてください）

胸の症状 冷汗 息苦しさ 息切れ
動悸がする 脈の乱れ 立ちくらみ むくみ（顔・手・足） 手足が冷たい
他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）
その他（ ）

『胸の症状』にチェックされた方は、症状の種類にお答え下さい

| | | |
|------------------------------|----------|---|
| 1回の痛みの長さ | 症状の頻度 | それはどのような症状ですか？ |
| <input type="checkbox"/> 数秒 | () 回/日 | <input type="checkbox"/> 締め付けられるような痛み <input type="checkbox"/> 焼けるような痛み |
| <input type="checkbox"/> 数分 | () 回/時間 | <input type="checkbox"/> ちくちくするような痛み <input type="checkbox"/> 刺すような痛み |
| <input type="checkbox"/> 数時間 | () 回/分 | <input type="checkbox"/> 鈍い痛み <input type="checkbox"/> その他 () |

『胸の症状』に対して薬を服用されましたか？

した→（薬剤名： ） → 効果はありましたか？ あった なかった
してない

『胸の症状』『息切れ』『息苦しさ』にチェックされた方へ。症状はどのような時に現れますか？

朝 昼 夕方 就寝中 起床時 不定期
安静時 歩行時や軽作業時 階段や坂道を歩く時 その他 ()

『胸の症状』にチェックされた方へ。症状にどのような印象をお持ちですか？

絶え間なく続いている 疲労を感じた時にひどくなる 症状が出たり消えたりする
座ることにより楽になる 徐々にひどくなっている 食事摂取と関係している

『息苦しさ』『息切れ』『むくみ』にチェックされた方へ。最近体重増加はありますか？

ある→（いつから： ）（ ）kg増えた
ない 測ってないのでわからない

症状はいつからありますか？

() 年 () 月 () 日 () 曜日から
 午前 / 午後 () 時 () 分

現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ※『お薬』、もしくは『お薬手帳』を持っている方は見せてください。

習慣的に、たばこを吸いますか？

いいえ はい 喫煙量： 本/日 喫煙期間： 年 喫煙をやめた年： 歳

習慣的に、お酒を飲みますか？

いいえ はい ビール： ml/日 ウイスキー： ml/日
日本酒： ml/日 ワイン： ml/日

女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

いいえ はい わからない

現在、授乳中ですか？ いいえ はい