心臓内科　問診票

氏　　名		身長	cm	体重	k g

アレルギー有無	□食べ物：（　　） □　薬　：（　　） □その他：（　　）	**他院での検査結果や紹介状**　□無し **※お持ちの方は看護師にお渡し下さい** □あり※紹介状持参の方は以下問診不要

今日は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？
□数秒	（　　）回/日	□締め付けられるような痛み　□焼けるような痛み
□数分	（　　）回/時間	□ちくちくするような痛み　□刺すような痛み
□数時間	（　　）回/分	□鈍い痛み　□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　□ウィスキー：　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

【医療情報の利活用について】

当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。