

# 心臓内科問診票

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. 本日はどうされましたか？

症状があって → 下記にて記入をお願いします

他の医院・病院からの紹介〔 \_\_\_\_\_ 医院・病院〕  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2. 症状のある方は、具体的にお答えください

脈の不整(乱れ)  動悸  血圧が高い  むくみ  息切れ  その他（ \_\_\_\_\_ ）

胸の症状がある〔痛い・苦しい・締め付けられる〕

→ その症状はいつでますか？  安静時  労作時  睡眠時

いつ頃からですか？（ \_\_\_\_\_ ）

何か処置・治療をされましたか？（ \_\_\_\_\_ ）

## 3. 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか？

いいえ・はい〔薬・食べ物・その他 \_\_\_\_\_ 〕

## 4. 現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ・はい：「はい」の方、内容がわかればご記入ください

〔 \_\_\_\_\_ 〕

## 5. 女性の方への質問です

現在、妊娠していますか？ または可能性がありますか？

いいえ・はい

生理について（順調・不順・閉経）

## 6. 現在、通院・治療中の病気はありますか？

肝臓病・心臓病・高血圧・甲状腺の病気・腎臓病・糖尿病・喘息

その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 7. 家族の病歴についてお答えください

心臓病・高血圧・糖尿病・癌・腎臓病・肝臓病・脂質異常症・脳卒中

その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 8. 嗜好品についてお答えください

たばこを吸いますか？

お酒を飲みますか？

いいえ・やめた \_\_\_\_\_ 年前から

いいえ

はい \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年間

はい 日本酒 \_\_\_\_\_ ml/日 \_\_\_\_\_ 回/週・毎日

ビール \_\_\_\_\_ ml/日 \_\_\_\_\_ 回/週・毎日

焼酎 \_\_\_\_\_ ml/日 \_\_\_\_\_ 回/週・毎日

## 9. 本日(朝・昼)食事はされていますか？

・食事をした（ \_\_\_\_\_ 時頃） ・水分のみ（何を→ \_\_\_\_\_ ） ・絶食

※ご記入頂いた内容については個人情報の利用目的についてポスター掲示してある利用目的以外では使用いたしません。

心臓内科