

# 問 診 票

2024年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

お住まい \_\_\_\_\_ 都・道・府・県 \_\_\_\_\_ 市・町・村・郡 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

※体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出ください。 体温 \_\_\_\_\_ °C

①今日どのような症状で来院されましたか？具体的に記入してください。

・いつから 【時期】 月 日 時頃から

・どのように【症状】(下の□から✓印で選択し、あてはまる症状に○をしてお答えください。)

□血圧が高い(健診で指摘された・他院にて指摘された・その他( ) )

□胸痛 (痛みは：安静時・動いた時・どちらも) (場所：全体的・局所的(場所 ) )

□動悸 (心臓の鼓動：乱れる 早くなる 鼓動が強く感じる：はい いいえ)

□息切れ・呼吸苦 (症状は：安静時・動いた時、夜苦しくて目が覚める：はい・いいえ)

□背部痛 (痛む場所は移動しますか：はい・いいえ、手のしびれ：あり・なし)

□むくみ (場所は：足・手・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)

①-2 新型コロナウイルス感染症罹患の有無

□ある( 年 月頃) □ない

②今までに、以下の病気と診断されたことはありますか？あれば○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 脳出血 脳梗塞 高血圧 糖尿病

先天性心疾患 前立腺肥大 気管支喘息 腎臓病 緑内障 コレステロール高値

その他 ( )

③現在、通院している病院はありますか？

・ある (病院名： ) ・ない  
(病名や症状： )

④今までに心臓や血管の手術や処置を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方、どのような手術や処置ですか？あてはまる項目に○をしてお答えください。

心臓カテーテル治療 バイパス手術 弁膜症手術 ペースメーカー手術

その他 ( )

⑤、④の他に今までに手術を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方、以下もご記入してください。

( 歳、病名： 、病院名： )

⑥輸血を受けられたことはありますか？

・ある ( 年 月ごろ)  
・ない

⑦ご家族や血縁者で以下の病気の方がいれば、下の□から✓印でお答えください。

例：☑高血圧（父）

□高血圧（ ）、□狭心症（<sup>きょうしんしょう</sup> ）、□心筋梗塞（<sup>しんきんこうそく</sup> ）、□不整脈（ ）

□脳梗塞（ ）、□脳出血（ ）、□突然死（ ）、□糖尿病（ ）

⑧現在飲んでいるお薬はありますか？（漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む）

・ある（薬の名前： ） ・ない

⑨薬や注射によるショック・湿疹・じんましんなどの副作用を経験したことがありますか？

・ある（薬の名前： ） ・ない

⑩アレルギー体質といわれたことがありますか？

・ある（ ） ・ない

⑪タバコは吸われますか？または過去に吸っていましたか？

・はい ・いいえ

はいの方、どのくらい喫煙しますか？（ 本/日 歳～ 歳まで 年間）

⑫お酒は飲みますか？

・はい（何を： どのくらいの量： 頻度： ）

・いいえ

⑬女性の方にお聞きします。

・最終月経日はいつですか？（ 月 日 ） ・閉経（ 歳）

・妊娠していますか？（はい ・ いいえ ・ 不明）

紹介状 有・無 CD-R 有・無

ID \_\_\_\_\_ 受付時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ フィルム 有・無 心電図 有・無

☞当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。