

20 年 月 日

ID: _____

氏名: _____

【問 診 票】

●質問をお読みにになり、わかる範囲でご記入下さい。

① 今日どのような症状で受診されましたか？

(_____)

※ 胸の症状で受診された方は現在も症状はありますか？ ☐ 有 ☐ 無

② その症状はいつ頃から始まりましたか？

(_____) 日前、(_____) 週間前、(_____) カ月前、(_____) 年前

③ どのような時に症状がありますか？

☐ 常時 ☐ 歩いている時 ☐ 走っている時 ☐ 階段を上り下りしている時
☐ 急に立った時 ☐ 寝ている・横になっている時 その他(_____)

④ その症状について他の医療機関に受診されたことはありますか？

☐ はい(病院名: _____ 受診日: _____)
☐ いいえ

⑤ 以前もしくは現在かかったことのある(または治療中)病気がありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

診断名	年齢	病院名	治療状況(完治・中断・入院・手術など)
☐ 狭心症・心筋梗塞			
☐ 心不全			
☐ 弁膜症			
☐ 胸・腹部動脈瘤			
☐ 不整脈			
☐ 高血圧			
☐ 脂質異常症			
☐ 糖尿病			
☐ 慢性腎不全			
☐ 脳梗塞			
☐ 気管支喘息			
☐ その他			

⑥ 現在常用薬がありますか？ ☐ 有 (☐ 他院薬 ☐ 市販薬) ☐ 無

⑦ 薬手帳はお持ちですか？ ☐ 薬手帳あり ☐ 薬手帳アプリ等 ☐ マイナンバー同意済
☐ 薬手帳持参忘れ ☐ 無

※裏面もご記入下さい⇒

⑧ ご家族の方で療養中、または亡くなられた方がいますか？あてはまる箇所に○をつけて下さい。

病名	父方	父方	母方	母方	父	母	兄弟	姉妹	子
	祖父	祖母	祖父	祖母					
狭心症・心筋梗塞									
心不全									
弁膜症									
胸・腹部動脈瘤									
不整脈									
高血圧									
脂質異常症									
糖尿病									
慢性腎不全									
脳梗塞									
その他									

⑨ タバコは吸いますか？

- ☐ 吸わない
☐ 吸う（ 1日 本、 歳～ ）
☐ 吸っていた（ 1日 本、 歳まで ）

⑩ お酒は飲みますか？

- ☐ 飲まない
☐ 飲む ☐ ビール ☐ 日本酒 ☐ ウイスキー ☐ ワイン ☐ 焼酎
 その他（ ）を毎日・（ 日）／週・月に ml（ 合）飲む

⑪ お薬や食べ物でアレルギー（発疹など）が出たことはありますか？

- ☐ なし
☐ あり：（食べ物・薬の名前・種類と副作用の症状 ）

⑫ 採血の時に、気分が悪くなったことはありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

⑬ 女性の方にお聞きします。現在妊娠・授乳はされていますか？

- ☐ 妊娠・授乳はしていない ☐ 現在妊娠中（ 週目） ☐ 妊娠の可能性がある ☐ 授乳中

⑭ あてはまる方は○をつけて下さい。

- ☐ 耳が聞こえにくい ☐ 目が見えづらい ☐ 杖を使用して歩行している
☐ 車椅子を使用している