

【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)
<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞			
<input type="checkbox"/> 心不全			
<input type="checkbox"/> 弁膜症			
<input type="checkbox"/> 胸・腹部動脈瘤			
<input type="checkbox"/> 不整脈			
<input type="checkbox"/> 高血圧			
<input type="checkbox"/> 脂質異常症			
<input type="checkbox"/> 糖尿病			
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全			
<input type="checkbox"/> 脳梗塞			
<input type="checkbox"/> 気管支喘息			
<input type="checkbox"/> その他			

⑥ 現在常用薬がありますか？ 有 (他院薬 市販薬) 無

* お薬手帳または内服されている薬の内容がわかるものがあれば、問診票と一緒に提出して下さい。

※裏面もご記入下さい⇒

⑦ 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									

⑥ 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 ）

⑦ 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

⑧ 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）

⑨ 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

⑩ 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） 妊娠の可能性はある 授乳中

⑪ 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