

## 【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"/> 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