

ID

<循環器内科問診表>

受付時間 _____ : サイン _____

お名前 _____

ご年齢 _____

性別 男・女

職業 _____

日付 _____

年 _____

月 _____

本日どのような症状でいらっしゃいましたか？

【紹介状 あり・なし】【ROM あり・なし】

・胸痛 (最後に症状があった日時: 日 時頃、痛みは:局所的・全体的で 安静時・労作時)

・胸やけ (食後に症状がでる: はい・いいえ、心窩部の痛み: 有【空腹時・食後】・無)

・動悸 (鼓動: 速い・乱れる、心臓の鼓動を強く感じる: はい・いいえ)

・息切れ (夜中苦しくて目覚める: 有・無、症状がでるのは: 安静時・労作時)

・背部痛 (痛む所が最初の頃と違う: はい・いいえ、手のしびれ: 有・無、肩こり: 有・無)

痛みはいつありますか: 空腹時・食後

頻度: 月に 又は 日に 回位、持続時間: 時間 分位、時間帯: 朝・昼・夕・夜

・その他()

※ 現在もその症状は続いていますか？

はい いいえ

※ 今までの状態よりも悪くなっていますか？

はい いいえ

※ 「はい」の方はいつ頃から症状が出始めましたか？ 日 時間 分 前位から

2) 今までに下記の病名と診断されたことがありますか？

はい いいえ

心筋梗塞 狭心症 不整脈 弁膜症 先天性の心疾患 肺塞栓 深部静脈血栓症 その他()

3) 今までに心臓の手術や処置をされたことはありますか？

はい いいえ

「はい」の方はどのような処置や手術をされましたか？

(心臓カテーテル 人工弁 ペースメーカー植込 バイパス手術 その他()

4) 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい いいえ

「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？

病院名() 診療科()

5) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？

はい いいえ

喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳疾患 腎疾患 緑内障 その他()

6) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？

【薬情報 あり・なし】 はい いいえ

()

7) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？

はい いいえ

「はい」の方はどの薬でどのような症状が出ましたか？

()

8) 心臓の病気以外で手術をしたことがありますか？「はい」の方はどのような手術をされましたか？

はい いいえ

(歳)

9) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？「はい」の方は○印をつけてください。

はい いいえ

糖尿病 高脂血症 心筋梗塞 狭心症 大動脈解離 突然死

10) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？

はい いいえ

(本/日 歳 ~ 歳 年間)

11) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？

はい いいえ

何を() どのくらいの量() 頻度()

12) 検査のためにお聞きします。

1. 現在、妊娠中ですか？

不明・はい(出産予定日 月 日) いいえ

2. 現在、授乳中ですか？

はい いいえ

3. 最終月経はいつからですか？(月 日 ~ 日間) 閉経は何歳ですか？(歳)

4. 身長()cm 体重()kg

5. 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？

はい いいえ