

ID

## &lt;循環器内科問診表&gt;

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