問　診　票（循環器内科）

年　　月　　日	（ふりがな） お名前

以下の質問にお答えください。

（1）　今までに循環器科を受診したことがありますか？

□　はい　　□　いいえ

『はい』の場合　　年　　月　　日頃

医療機関名（　　）

どのように言われましたか？（複数回答可）

□　心筋梗塞　　□　狭心症　　□　心不全　　□　不整脈

□　高血圧　　□　大動脈瘤（りゅう）　　□　大動脈解離　　□　静脈瘤

□　その他（　　）

（2）　今までに以下の心臓の検査または手術をしたことがありますか？当てはまるもの 全て に印をつけてください。（複数回答可）

□　心臓カテーテル検査　　□　心臓ステント治療

□　ペースメーカー植込み　　□　心臓バイパス手術

□　その他（　　）

『あり』の場合　　年　　月　　日頃

医療機関名（　　）

（3）　現在、当てはまる症状 全て に印をつけてください。（複数回答可）

□　動悸　　□　息切れ　　□　脈がとぶ

□　胸が苦しくなる（どんな時ですか？　　）

□　背中が痛い　　□　手足が冷たい　　□　むくみ（浮腫）

□　その他（　　）

プルメリア糖尿病内科クリニック

（4） 心臓の他に治療中の病気や手術歴はありますか？当てはまるもの 全て に印をつけてください。（複数回答可）

□ 糖尿病　　□ 胃腸　　□ 肝臓

□ 腎臓　　□ 頭　　□ 眼

□ その他（　　）

手術を受けられた方　　年　　月頃

手術名　（　　）

医療機関名（　　）

（5） 薬・食品に対するアレルギーはありますか？

□ あり　　□ なし

『あり』の場合　薬剤名（　　）

食品名（　　）

（6） 血縁者のなかで以下の病気にかかった方はいますか？（いない場合は空白）

糖尿病　（　　）　高血圧　（　　）

心筋梗塞（　　）　癌　（　　）

突然死　（　　）

その他　（　　）

（7） アルコールを飲みますか？

□ 飲む　　□ 飲まない

『飲む』場合　種類（　　）１日量（　　）

（8） タバコを吸いますか？

□ 吸う　　□ （　　）歳から禁煙した　　□ 吸わない

『吸う』場合　１日（　　）本を（　　）年間

（9） 当クリニックをどのように知りましたか？（複数回答可）

□ 道路の看板（ 当ビル ・ 清水ジャスコ ・ １号線長沼交差点・ 東静岡駅 ）

□ インターネット　　□ 知人から教えてもらった

□ その他（　　）

ありがとうございました。

プルメリア糖尿病内科クリニック