

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 いいえ

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^{りゅう}瘤 大動脈解離 静脈瘤

その他 (_____)

(2) 現在、処方されている薬はありますか？

はい 薬手帳持参あり → 手帳を提出下さい いいえ

薬手帳持参なし 薬剤名 (_____)

(3) 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 (_____)

(4) 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 (_____)

(5) 心臓以外で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 ()
- 医療機関名 ()

手術を受けられた方 _____ 年 月頃

手術名 ()

現在、処方されている薬はありますか？

- はい 薬手帳持参あり → 手帳を提出下さい いいえ
- 薬手帳持参なし 薬剤名 ()

- (6) 薬・食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
- 『はい』の場合 薬剤名 ()
- 食品名 ()

(7) 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 ()

- (8) 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 ()

(9) 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

(10) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

(11) この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

- はい いいえ
- 受診時期 ()
- 指摘項目 ()
- 他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ

(12) <女性の方のみ> 現在、妊娠中または授乳中ですか？

- はい 妊娠中の方 () 週 いいえ

ありがとうございました。