

## 循環器内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年 月日	西暦	年	月	日	歳	既婚 ・ 未婚
氏名		女							
職業		身長cm		体重kg		分院歴			
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠		ヵ月)		不明			
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							
Q. 出産回数 ( ) 回									

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

## 1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- ・特に症状はないが受診するよう外科から指示された
- ・血圧が高い(高いと言われた)
- ・労作時に胸に圧迫されたり胸が痛い、または動悸がする
- ・不整脈を指摘された
- ・動いたり横になると息苦しかったり咳が出る
- ・その他
- ・3ヶ月以内の海外渡航歴 irth ( ) ( )
- なし あり 場所 ( ) ( )

## 2. いつから上記の症状があり、どのくらい持続しますか？

(例: 2週間前から2, 3日に一度 2, 3分持続)

## 3. 既往歴 [ なし・あり ]

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

- ①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血  
 ⑥緑内障 ⑦肝臓病(型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん(癌)  
 ⑫その他 ( )

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [ なし・あり ]

- 病名: / 手術を受けた時期 ( )  
 病名: / 手術を受けた時期 ( )

## 4. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [ なし・あり ]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ・はい

\* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

## 5. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [ なし・あり ]

- お薬 ( )  
 食べ物 ( )  
 局所麻酔薬 ( )  
 消毒薬 ( )  
 その他 ( )

## 6. 嗜好品について

タバコ: 吸わない・吸う(1日 本)

飲酒: 飲まない・飲む(1日量: )

Q. お薬手帳の持参はありますか [ なし・あり ]

## 7. これまで2週間以上通院したり入院したことがありますか？

病名は？また検診にて異常を指摘されたことがありますか？

## 8. 血のつながりのある人(両親や兄弟など)に、病気で亡くなった方や現在加療中の方はいますか？