

問 診 票

【紹介者： _____ ・ HP】

ふりがな

●記載日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名： _____ 年齢： _____ 歳 性別：男・女

●今日の来院目的

胸部症状 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ 健診の異常 ・ むくみ ・ その他 _____

●主な症状

■胸痛：胸部違和感・胸部圧迫感・鈍痛・締め付けられる痛み 【安静時・動作時】

(いつ頃～： _____、痛みの程度：軽・中・強、頻度： _____、

時間帯： _____、持続時間： _____)

■脈の乱れ：動悸・脈が飛ぶ 【一時的・間欠的・断続的 / 安静時・動作時】

(いつ頃～： _____、頻度： _____、時間帯： _____、

持続時間： _____)

■息苦しさ (胸痛 動悸時 ・ 労作時 ・ 安静時 ・ _____)

■その他(症状： _____、いつ頃～： _____)

○症状の詳細 **こちらは当院で記入いたします**

.....
.....
.....
.....
.....

●循環器の病院で検査されたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

いつ： _____、どこの病院で： _____

何の検査： 心臓エコー検査・心電図・運動負荷試験・冠動脈カテーテル検査・
24時間心電図・その他： _____

●運動習慣 【 あり ・ なし 】 _____

●市の健康診断を受けていますか？ 【 はい・いいえ 】

いつ： _____ 指摘事項： _____

●女性の方 妊娠中 ・ 授乳中 ですか？ 妊娠週数 _____ 週

●既往歴：

高血圧・糖尿病・高脂血症・川崎病・腎炎・喘息・緑内障・前立腺肥大など

いつ	病名	状態(治癒・寛解・投薬中)	治療病院

●薬：服用なし・服用中／お薬手帳 有・無 ※お薬手帳がある場合は記載不要です

●家族歴（血縁者で下記の病気にかかった方がいれば、続柄を記入してください）

病名	血縁者の続柄	病名	血縁者の続柄
高血圧		脳梗塞	
心臓病		脳出血	
糖尿病		がん	
突然死			

●アレルギー：無・有(薬：) (食物：) (その他：)
 症状：

●玉子：食べる.....個/週・日・食べない ●食欲：無・有 ●便秘：.....回/.....日

●アルコール：ビール・ワイン.....ml・日本酒・焼酎.....合、頻度〔毎日・...../週〕

●喫煙：(過去・現在).....本/日.....年間.....歳から.....歳まで

●本日：食事抜き・食事した(食事した時間：朝・昼.....時.....分頃)

●本人携帯：..... ●本人以外の連絡先：.....〔.....〕