

問 診 票

ふりがな

●記載日:令和 年 月 日

氏 名 : 年齢 : 歳 性別 : 男・女

●健康診断で心電図の異常を指摘されたことがありますか？【 はい ・ いいえ 】

「はい」と答えた方、指摘されたことは何ですか？

不整脈 : ・ 脈が遅い・脈が速い・その他 :

●胸の症状が出たことはありますか？【 はい ・ いいえ 】

「はい」と答えた方、どういった症状がでますか？

脈の乱れ・脈が飛ぶ・動悸・胸痛・胸部違和感・労作時の息切れ・

上記の症状はどのようなものですか？

いつから : 日前 ・ ヶ月前 ・ 年前 ・ その他

頻度 : 毎日 ・ 回/週 ・ 回/月 ・ その他

時間帯 : 早朝 ・ 日中 ・ 安静時 ・ 動作時 ・ 就寝時 ・ その他

症状の程度 : 激しい〔 冷汗を伴う、苦しくて動けない 〕 ・ 中等度 ・ 軽度
症状を自覚しながら動ける

持続時間 : 日間 ・ 時間 ・ 分間 ・ 秒間 ・ 瞬時的

●その他気になる症状 【 あり ・ なし 】

●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 】

「はい」と答えた方、どういった検査をいつされましたか？

いつ : どの病院で :

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 :

●循環器の病院で治療されたことがありますか？【 はい ・ いいえ 】

「はい」と答えた方、どういった治療をいつされましたか？

いつ : どの病院で :

何の治療 : 投薬治療 (.....) ・ カテーテルアブレーション
冠動脈拡張術 (バルーン・ステント) ・ その他 :

●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：.....〔.....〕