

循環器内科問診表

記入日 西暦 年 月 日

ID _____ お名前 _____ 様

性別：男・女 身長：_____ cm 体重：_____ kg

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

[_____]

② その他にも気づく症状があれば○をつけてください。

1. 胸の症状（痛い・しめつけられる・苦しい）
2. 脈の異常（胸があぶつく・脈がとぶ・脈がたまに速くなる）
3. 自分自身は無症状だが、他院の医師、または健康診断で受診を勧められた

③ 症状はいつごろから出るようになりましたか？（例：平成 12 年の 1 月頃など）

[_____]

④ 一番最近おこったのはいつごろですか？

[_____]

⑤ どのようなときに症状はでますか？（例：体を動かしているとき、静かにしている時など）

[_____]

⑥ どれくらいの頻度で症状はでますか？（例：毎日、週に 1～2 回、月に 1～2 回など）

[_____]

症状は強くなっていますか？（はい いいえ）

回数は増えていますか？（はい いいえ）

⑦ 一回の症状はどれくらい続きますか？（例：10 秒程度、5 分程度、1 時間以上など）

[_____]

⑧ 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ はい（医療機関名 _____）

⑨ ニトロ（舌下錠、スプレー、テープなど）を使用したことはありますか？

ない ある

⑩ お薬手帳は、本日お持ちですか？（はい いいえ）

裏面もご記入おねがいたします

⑩ 現在、服用されている薬はありますか？

当院の薬： ない ある（何科のお薬ですか？）
他院の薬： ない ある（どこの病院のお薬ですか？）
市販の薬： ない ある（名前）

★ 他院の薬がある方は内容の記入をお願いします。お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。

[]

⑪ 以前にカテーテル検査をしたことはありますか？

ない ある（年頃 病院名：）
結果は？ a. なんともない あるいは細かいところはあるが薬は入らないと言われた
b. 細かいところはあるが薬で様子を見ましようと言われた
c. 風船療法をした
d. その他

[]

⑫ たばこは吸われますか？

吸わない 吸う（1日 本 年） やめた（いつ頃：）
喫煙状況：紙巻きタバコ（種類：）（1日使用数： 本× 年）
加熱式タバコなど（種類：）（1日使用数： / 年）
電子タバコの使用有無（有り・無し）

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願いいたします。

禁煙状況：（ 年前 / ヶ月前 / 日前から禁煙）

受動喫煙状況：同居者で喫煙している人はいますか。（喫煙者の続柄：）

⑬ 今までにかかったことのある病気はありますか？

ない ある（下記に○をつけてください）

心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧 腎臓病 糖尿病 脳梗塞 脳出血
高脂血症 その他（ ）

⑭ 血の繋がった御家族の方で心臓の悪い方、上記のような病気を持った方、あるいは大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

いない いる

具体的に教えてください（例：父が心筋梗塞と胃ガン など）

[]

⑮ 6ヶ月以内に渡航されましたか？

ない ある（月 国名：）

⑯ 現在他院に入院中ですか？

いいえ はい（医療機関名）

⑰ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

⑱ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診していますか？

いいえ はい（受診時期 指摘事項）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

御協力ありがとうございました。