

# 問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 職業 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

来院されたきっかけは何ですか？チェックを入れてください

- 知人からの紹介    インターネット    医療機関からの紹介（医療機関名 \_\_\_\_\_）  
看板を見て    その他（ \_\_\_\_\_ ）

本日はどのような症状で来院されましたか？チェックを入れてください

- 胸痛    しびれ・痛み  
動悸・息切れ・呼吸困難    むくみ  
血圧が高い    その他（ \_\_\_\_\_ ）

症状が出たのはいつごろからですか？（詳細： \_\_\_\_\_）

今までに下記の病名と診断されたことがありますか？チェックを入れてください

- 心筋梗塞・狭心症    高血圧  
先天性心疾患・弁膜症    糖尿病  
不整脈    その他（詳細： \_\_\_\_\_）

嗜好品についてお伺いします。チェックを入れてください

- たばこ    飲酒

今まで入院・手術をうけたことがありますか？チェックを入れてください

- ペースメーカー埋め込み術    開胸術  
心臓カテーテル    その他（ \_\_\_\_\_ ）

現在他の医療機関に通院されていますか？    はい    いいえ

現在薬を服用していますか？    はい    いいえ

何かアレルギー症状が出たことはありますか？    はい    いいえ

<女性の方へ>妊娠または妊娠の可能性はありますか？    はい    いいえ

両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？    はい    いいえ

心筋梗塞・狭心症・突然死・高血圧・糖尿病・その他（詳細： \_\_\_\_\_）