

# 問診票（初診用）

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 本日体温 \_\_\_\_\_ °C  
〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

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

- 紹介状がある 健診結果がある 知人からの紹介 インターネット 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

- 痛み（部位： \_\_\_\_\_ ） 血圧が高い 動悸 息切れ  
しびれ（部位： \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）  
むくみ（部位： \_\_\_\_\_ ）

症状が出たのはいつごろからですか？（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から ）

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 不整脈 先天性心疾患 心臓弁膜症  
高血圧症 糖尿病 脂質異常症  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

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・手術を受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？ いいえ はい（ \_\_\_\_\_ ）

現在、薬を服用していますか？ いいえ はい（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

薬や食品、その他のアレルギーはありますか？ いいえ はい（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

両親・兄弟などに下記の病歴の方がいますか？ いいえ はい  
心筋梗塞 狭心症 突然死 高血圧 糖尿病 その他（詳細： \_\_\_\_\_ ）

<女性の方へ> 妊娠または妊娠の可能性ありますか？ いいえ はい

裏面もあります。ご確認、ご記入ください。

