

循環器内科初診患者様問診票

かどた内科ハートクリニック

記入日 年 月 日

ふりがな				男	大正・昭和・平成・令和		
お名前				女	年 月 日生 (歳)		
ご住所	〒			(自宅TEL.) (携帯)			
身長	c m	体重	kg	腹囲	cm	体温	℃ B M I

①本日は、どのような症状（ご用件）でいらっしゃいましたか？

- ・他院・健診にて指摘された（紹介状 有・無）（健診結果 有・無）
- ・血圧が高い
- ・胸痛（どのようなとき)
- ・動悸（乱れる・速くなる・鼓動が強く感じられる）
- ・息切れ、呼吸困難（安静時・動いたとき・夜寝ていて苦しくて目が覚める）
- ・背部痛
- ・むくみ（手・足・顔・全身・その他)
- ・その他の症状 ()

※現在その症状は続いていますか？ はい ・ いいえ

※いつ頃から症状が出始めましたか？ ()

※現在の症状で他の医療機関を過去に受診されたことがありますか？

はい ・ いいえ

②今までに、以下の病気と診断されたことがありますか？

- ・心筋梗塞 ・狭心症 ・不整脈 ・心臓弁膜症 ・脳卒中
- ・肺塞栓 ・糖尿病 ・高血圧症 ・先天性心疾患 ・深部静脈血栓症
- ・末梢動脈疾患 ・気管支喘息 ・脂質異常症 ・高尿酸血症 ・腎臓病
- ・緑内障 ・前立腺肥大 ・甲状腺機能（亢進症・低下症）
- ・その他 ()

③今までに心臓の手術や処置を受けたことがありますか？

はい・いいえ

- ・心臓カテーテル（ステント留置など ・ アブレーション）
- ・冠動脈バイパス術 ・ 弁膜症手術 ・ ペースメーカー植え込み術

◆裏面もございますのでご記入ください◆

④現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ
病院・医院名（ ） 病名（ ）

⑤現在、服用しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ
内容（ ）

◎お薬手帳をお持ちでしたらお預けください。

⑥アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
（薬剤 ・ 食べ物 ・ その他 ）

⑦ご両親、ご兄弟、ご祖父母に下記の病歴の方がいますか？
・ 心筋梗塞（ ） ・ 狭心症（ ） ・ 不整脈（ ） ・ 突然死（ ）
・ 糖尿病（ ） ・ 高血圧症（ ） ・ 脂質異常症（ ）

⑧喫煙について
・ 吸ったことがない ・ 以前は吸っていた ・ 吸う

◎どのくらい喫煙しますか？（喫煙していました？）

（ 本／1日 歳～ 歳まで 年間）

⑨お酒について ・ 飲む ・ 飲まない
何を（ ）
どれくらい（ ）
頻度（ ）

⑩いびきが大きいと感じることがありますか？
・ はい ・ 人から指摘されたことがある ・ いいえ

日中の眠気を感じることはありますか？

・ はい ・ 人から指摘されたことがある ・ いいえ

明け方の頭痛がありますか？ はい ・ いいえ

⑪女性の方
月経の有無（ 順 ・ 不順 ・ 閉経 ）

現在、妊娠中ですか？（ はい 週目 ・ いいえ ・ 不明 ）

現在、授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

⑫当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意されますか？ ・ はい ・ いいえ

当院では、患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
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。
ご提供いただいた情報等は、医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。