

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 お名前				男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
ご住所	〒			(自宅TEL.) (携帯)			
身長 cm	体重 kg	腹囲 cm		体温 °C		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 |
| ・縄内障 | ・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

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。

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。