

循環器内科外来 問診票

記入年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

1. いつから、どこの具合が悪いですか？

2. いままで病気をしたことがありますか？ または、現在治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ

はいの方はご記入ください

【 _____ 歳 病名 : _____ 内服薬 (有 ・ 無)】

【 _____ 歳 病名 : _____ 内服薬 (有 ・ 無)】

【 _____ 歳 病名 : _____ 内服薬 (有 ・ 無)】

3. 定期的に健診を受けていますか？ 健診で異常があればその内容は？

・ いいえ ・ はい (_____)

4. 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーが出たり、具合が悪くなったことはありますか？

・ いいえ ・ はい → 食べ物 (_____) 薬 (_____)

○をつけてください (金属 ・ ゴム製品 ・ アルコール)

その他 (_____)

5. たばこを吸いますか？

・ はい → 1日に _____ 本、 _____ 年間

・ いいえ 過去に吸っていた期間 _____ 歳から _____ 歳まで 1日 _____ 本程度

6. アルコールを飲みますか？ (はい ・ いいえ)

・ はい → 毎日 ・ 週に / 月に _____ 回 ・ 禁酒中

7. 血のつながりがある人で以下の病気で通院、もしくは亡くなった人はいますか？

・ 高血圧 いない ・ いる → 続柄 (_____)

・ 糖尿病 いない ・ いる → 続柄 (_____)

・ 心臓病 いない ・ いる → 続柄 (_____)

・ ガン いない ・ いる → 続柄 (_____) ガンの部位 (_____)

8. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠されていますか？ はい ・ いいえ → _____ 週目

妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

9. その他何かありましたらご記入ください。