

おゆみの中央病院 循環器内科 問診票

I D		性別	受診日 年 月 日
ふりがな		男 ・ 女	記入者 ☐ 本人 ☐ 本人以外
氏 名			記入者氏名： 本人との続柄：
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	身長 cm	体重 kg

下記の質問にご回答ください。

1. どのような症状で受診されたか理由をご回答ください。(複数回答可)

☐胸痛 ☐動悸 ☐息切れ ☐めまい ☐呼吸困難 ☐むくみ ☐足が冷たい

☐健診で受診を勧められた

☐心電図の異常があるといわれた(医療機関名：)

☐その他 ()

2. 今回の症状についてご回答ください。

いつ頃から? ()

どんなときに起こりますか? ☐起床時 ☐安静時 ☐動いた時 ☐就寝時

どれくらい続きますか? ()

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか?

☐いいえ ☐はい(医療機関名：)

4. 現在治療中または今までに指摘された病気はありますか?

☐いいえ ☐はい(詳細についてご回答ください)

☐狭心症 (歳) ☐心筋梗塞 (歳) ☐不整脈 (歳)

☐心不全 (歳) ☐弁膜症 (歳) ☐高血圧症 (歳)

☐高脂血症 (歳) ☐糖尿病 (歳) ☐喘息 (歳)

☐脳卒中 (歳) ☐その他 (病名： 歳)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐あり ☐なし

(お薬手帳の持参 ☐あり ☐なし)

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

【裏面に続きます】

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐ある 薬（ ）食べ物（ ）

7. 手術はされたことありますか？

☐いいえ ☐はい （ 年齢 _____ 歳 病名または手術： ）

8. 造影剤を使用した検査はされたことありますか？

☐いいえ ☐はい → その際アレルギー症状が出ましたか？ ☐いいえ ☐はい

9. 血縁関係のある家族・親族に次の病気はありますか？ ※括弧には続柄をご記入ください。

☐狭心症（ ） ☐心筋梗塞（ ） ☐弁膜症（ ）

☐不整脈（ ）

10. 喫煙について伺います

☐もともと吸わない

☐禁煙した（ _____ 歳 それまでは _____ 本/日 を _____ 年間 ）

☐喫煙中 （ _____ 歳 から _____ 本/日 ）

11. アルコールについて伺います

☐飲まない ☐時々飲む（ _____ 回/月 ） ☐よく飲む （ _____ 回/週 ）

12. 1週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐いいえ ☐はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

13. 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の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。

マイナ保険証を ☐持っている ☐持っていない

14. 当院を何でお知りになりましたか？

☐ご家族 ☐お知り合い ☐他院より紹介 ☐看板 ☐ホームページ ☐SNS 等

☐その他（ ）