

No. _____

【問診票】

当院は循環器専門の医療機関です。対象は主に狭心症、心筋梗塞などの冠動脈疾患、心房細動を始めとする不整脈、高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病、慢性心不全などの循環器疾患です。

ふりがな _____

お名前 _____ 様 男・女

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

お住まい 〒 _____

_____ 都道府県 _____ 市区町村 _____

携帯電話番号 _____ 勤務先・学校名 _____

1、本日はどうされましたか？

・その症状はいつからで、どのような経過ですか？

・思い当たるきっかけや原因、心当たり、何か心配なことがあればお伝えください。

2、今までの情報について教えてください。

・今まで大きな病気をしたことはありますか？ なし・あり _____

・今治療中の病気 なし・あり _____

・今内服中の薬 なし・あり お薬の内容のわかるもの あり（お薬手帳・現物・写真・他）・なし
なしの場合→薬剤名 _____

（内服薬の情報は重要な情報です。具体的な薬剤名かお薬内容のわかるものをご持参ください。）

・薬剤アレルギー、薬で合わないものはありますか？ なし・あり _____

3、普段の生活習慣について教えてください。

・お酒 飲まない・飲む 週 _____ 回程度 お酒の種類 _____ 量 _____ ml 前後

・煙草 吸わない・吸う・吸ってた 1日約 _____ 本 _____ 歳から _____ 歳まで・今も

【院内受動喫煙防止のための8時間ルール】

喫煙者の呼気からは最終喫煙後8時間に渡って一酸化炭素等の有害物質が排出され続けています。喫煙者の方は、禁煙するか、禁煙しない場合は最終喫煙後8時間以上開けて受診するか、いずれかをお守りください。）

・（女性の方へ）妊娠の可能性 なし・あり 授乳 なし・あり

・他に何か伝えておきたいことがあればどうぞ。検査、診断書、紹介状、他

当院は循環器専門の医療機関です。一般的な内科診療は行っていませんので予めご了承ください。

都内の医療機関探しは、東京都医療機関案内ひまわり（03-5272-0303）をご活用ください。