

No. _____

【問診票】

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 _____

・ご家族で心臓の病気はありますか？ なし・あり _____

・最後に医療機関を受診したのはいつですか？ _____

・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・メモ・他） なし
なしの場合は具体的な薬剤名：

・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 ・今まで一度も吸ったことがない _____ ・今も吸っている : 1日約 _____ 本

・昔吸ってた : _____ 歳から _____ 歳まで1日約 _____ 本

※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最大8時間に渡って一酸化炭素等の有害物質の排出が明らかになっています。院内受動喫煙防止のため、喫煙者の方は次回から禁煙するか、または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

・低用量ピル内服 なし・あり ありの場合：自費・保険 保険の場合は病名： _____

※低用量ピル内服中の血栓の検査は当日中に結果が出ません。また、自費で処方された薬や日本で承認を得ていない薬やサプリメント等の副作用の検査のために日本の医療保険は使えません。予めご了承ください。

No _____ 【問診票 2 枚目】 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____

1、今回の症状について教えてください。(検診異常で特に自覚症状がない場合は2から記入ください。)

- ・今現在、自覚症状はありますか？ ない・ある(受付にお伝えください。心電図検査から開始します。)
- ・どのような自覚症状ですか？

または、症状に近いものを選んで教えてください。(例：締め付けられる感じ・押される感じ・重い感じ・引き裂かる感じ・突き刺す感じ・焼ける感じ・息切れ・息を吸いにくい感じ・息をはきにくい感じ・意識を失いそうになる感じ・ズキズキ・チクチク・ピリピリ・脈が早い感じ・脈が遅い感じ・脈が飛ぶ感じ・脈が不規則な感じ・その他

- ・症状は今回が初めてですか？ 今回が初めて・今回が初めてではなく繰り返している
- ・症状が繰り返している場合、どれくらいの頻度で起こりますか？
1日に何度もある・1日1回はある・週1回はある・週1回はない・それ以上 _____

※動悸症状の場合、正確な診断のためには症状出現時の心電図記録が必要です。

2、今までの情報についてさらに詳しく教えてください。

- ・生まれつき心臓の病気を言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで心筋梗塞や狭心症と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・最後に健診や人間ドックは受けたのはいつですか？ _____
- ・今まで不整脈と言われたことはありますか？ なし・あり _____
今まで不整脈と診断されている場合、具体的な診断名を教えてください。 _____
- ※不整脈とは心電図記録上の異常な心電図所見です。正確な診断のためには心電図記録が必要です。
- ・最後に心電図検査を受けたのはいつですか？ _____
- ・今まで高血圧症と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで脂質異常症と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで糖尿病と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで喘息や小児喘息と言われたことはありますか？ なし・喘息・小児喘息 _____
- ・今まで胃炎や食道炎と言われたことはありますか？ なし・胃炎・食道炎 _____
- ・今まで甲状腺の病気を言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで貧血や低血圧症と言われたことはありますか？ なし・貧血・低血圧症 _____

3、症状の起きる状況や普段の生活について詳しく教えてください。

- ・症状はどのような時に起こりやすいですか？

・症状に関係ありそうなものがあれば教えてください。(例：運動中、運動後、階段、坂道、深呼吸、咳、食事、起床、電車、デスクワーク、座った姿勢、立った姿勢、横になった姿勢、歩く、走る、自転車、登山、飛行機、喫煙、飲酒、飲酒後、排尿、排便、入浴、安静時、就寝前、睡眠中、他 _____

- ・最近、生活の変化はありますか？(例：試験、就活、仕事、友人、恋愛、夫婦、家族、ペット、引越、他)

ご記入ありがとうございました。受付前の血圧計で血圧測定し、受付までお渡しください。