

お茶の水循環器内科ではより詳細な病状把握のために受付前に2枚の問診票をご記入いただいています。

ふりがな

ご氏名 _____ 様 男・女

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

お住まい 〒 _____ ※18歳未満の方は「小児循環器」のご案内になります。

_____ 都道府県 _____ 市区町村

携帯連絡先 _____ 勤務先・学校名 _____

1、本日はどうされましたか？

・現在、治療中の病気はありますか？ なし・あり：

・現在、内服中の薬はありますか？ なし・あり お薬内容のわかるもの：あり（お薬手帳・現物・写真・メモ）
なしの場合、具体的な薬剤名：

2、自覚症状について詳しく教えてください。（健診等で特に自覚症状がない場合は2枚目からご記入ください。）

・症状はいつから、どのような経過ですか？

・自覚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・押される・重い・圧迫感・刺される・焼ける・息切れ・息を吸いにくい・息を吐きにくい・意識を失いそうになる・ズキズキ・チクチク・ピリピリ・押すと痛い・脈が早い・脈が遅い・脈が飛ぶ・脈が不規則・その他：

・症状の頻度を教えてください。（※正確な診断のためには症状出現時の心電図記録が重要です。）

1日に何度もある・1日1回はある・2日に1回はある・週1回はある・週1回はない・その他 _____

・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を選んで教えてください。（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、何か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）

・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。

1、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
 - ・昔吸っていた： _____ 歳から _____ 歳まで 1日約 _____ 本

※院内受動喫煙防止 8時間ルール：喫煙後の呼気からは最大 8時間一酸化炭素等の有害物質が排出されます。院内受動喫煙防止のため喫煙者の方は喫煙後 8時間以上開けての受診または禁煙をお守りください。

- ・(女性の方へ) 低用量ピル内服：なし・あり ありの場合：保険・自費 医療機関名： _____
- ※保険外の処方薬、国内未承認医薬品、サプリメント等の副作用の検査に日本の医療保険は利用出来ません。血栓症自費検査（2万円）、検査結果 7日後、電話診療適応なし。原則、処方医へ相談を推奨しています。
- ・(外国語対応) 都内には外国語対応医療機関があります。受付または医師の判断で紹介になります。

2、今までの既往歴、検査歴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： _____
- ・先天性心疾患（生まれつきの心臓病）はありますか？ なし・あり _____
- ・血がつながった方で心臓病の方はいますか？ なし・あり _____
- ・今まで高血圧と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで脂肪、コレステロールが高いと言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで糖尿病または糖尿病予備軍と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・最後に健診、人間ドックは受けたのはいつですか？ _____
- ・最後に心電図検査を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 _____
- 不整脈と診断されたことのある場合、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。)
- ・今まで胃炎、食道炎、ピロリ菌感染と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで貧血、低血圧と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで甲状腺の病気と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・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、心臓病の精密検査が必要な際に関連することがあるため教えてください。

- ・(女性の方へ) 妊娠の可能性：なし・あり 授乳：なし・あり _____
- ・今まで肺高血圧症と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで気管支喘息、小児喘息と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今まで腎機能障害と言われたことはありますか？ なし・あり _____
- ・今までヨード造影剤のアレルギーと言われたことがありますか？ なし・あり _____
- ・今まで硝酸薬、β遮断薬で体調不良を起こしたことはありますか？ なし・あり _____
- ・糖尿病薬のメトグルコ（メトホルミン）の内服はありますか？ なし・あり _____
- ・結核、B型肝炎、C型肝炎、HIV、梅毒の感染症はありますか？ なし・あり _____
- ・ペースメーカー、人工内耳、クリップ等の体内金属はありますか？ なし・あり _____
- ・閉所恐怖症、金属アレルギーはありますか？ なし・あり _____
- ・体重 100kg 以上はありますか？(MRI 検査、エコー検査に關係) なし・あり _____

お疲れ様でした。受付に問診票をお渡しください。医師から診察にお呼びしますので待合室でお待ちください。