

## 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
氏 名		生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
住 所	〒				
電話番号	(自宅)	(携帯)			
体 温	°C	身 長	cm	体 重	kg

## 1. 本日はどのような症状のため受診しましたか？

症 状：胸痛(安静時・労作時) 背部痛 頭痛 胃痛・腹痛 息切れ 動悸  
発熱 咳 鼻水 痰 のどの痛み めまい 倦怠感 食欲不振  
嘔吐 下痢 便秘 発疹 足のしびれ 歩行時の足の痛み 無し  
その他( )

いつから：今日 昨日 2～3日前 1週間前 その他( )

検診異常 (内容： )

## 2. 今までにかかった主な病気はありますか？

いいえ ・ はい

はいの方：心筋梗塞 狭心症 不整脈 弁膜症 先天性心疾患 肺塞栓 深部静脈血栓症  
下肢動脈硬化症 大動脈疾患 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞・脳出血  
B型・C型肝炎 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 リウマチ 胃潰瘍  
悪性腫瘍(がん) ( ) その他( )

## 3. 今までに心臓の手術や処置をされたことはありますか？

いいえ ・ はい

はいの方：心臓カテーテル 人工弁 ペースメーカー植込 バイパス手術 その他( )

## 4. 今までに心臓以外に手術をされたことはありますか？

いいえ ・ はい 手術名( ) 時期( )

## 5. 他の病院で治療中の病気はありますか？(例 糖尿病、高血圧、不整脈など)

いいえ ・ はい 病院名( )  
 病 名( )  
 内服中の薬( )・お薬手帳あり

※ お薬手帳お持ちの方は薬欄記入せず、受付にお薬手帳をお渡しください。

## 6. 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

いいえ ・ はい 糖尿病 脂質異常症 心筋梗塞 狭心症 大動脈解離 高血圧 がん

## 7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ( )

## 8. 嗜好品について

お 酒：飲まない ・ 飲む 何を( ) どのくらいの量( ) 頻度( )  
 タバコ：吸わない ・ 吸う ( 本/日 歳～ 歳 年間)

## 9. (女性の方のみ) 現在妊娠、授乳中ですか？

いいえ ・ はい

📍 アンケートにご協力ください 📍

## ●当院を選んだ理由を教えてください(複数回答可)

専門病院だから 他の医療機関からの紹介 知人からの紹介 ホームページ 広告・看板等  
その他( )