

# 問 診 票

フリガナ	性別	生年月日	年齢
お名前	男性 女性	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
ご住所	〒		ご職業
電話番号	( ) -	携帯電話	( ) -

■本日はどうなさいましたか？

1. 胸痛がある 2. 動悸がする 3. 息苦しい 4. 脈が乱れる 5. 熱がある (体温 °C)  
6. 風邪っぽい 7. その他 ( )

■症状はいつ頃からありますか？

■今までかかった病気、あるいは現在治療中の病気がありますか？

- ・なし ・あり → どんな病気ですか？ 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 高脂血症 4. 心臓病  
5. その他 ( )

現在治療中： (医療機関名 )

■現在飲まれているお薬はありますか？

- ・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ( )

■ご家族で、以下の病気の方はいますか？

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 高脂血症 4. 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・弁膜症・ペースメーカー)  
5. 喘息 6. 癌 7. 突然死した 8. その他 ( )

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

- ・なし ・あり (薬： 食品： その他 )

■たばこ： 吸わない / 過去に吸っていた / 現在も吸っている： 本/日 ( ~ 歳)

■お酒： 飲まない / 飲む： 毎日 / 週 ( ) 回 / 機会飲酒 (種類： 飲酒量： )

■(女性の方へ) 妊娠の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■どのようにして当院をお知りになりましたか？

1. 近所である 2. 家族が通院している 3. 知人からの紹介 ( さん) 4. 電話帳  
5. インターネット 6. 当院のホームページ 7. その他 ( )

ご協力ありがとうございました 工藤循環器内科