

診察前体温

℃

初診問診票(循環器)

記入日 年 月 日

ふりがな				男	生年月日 大・昭・平	
氏名				女	歳	年 月 日
電話(自宅)	()	-	住所 〒			
(携帯番号)						
身長・体重	cm	kg	家での血圧	/	mmHg	
薬剤アレルギー	□なし □あり 薬剤名()					
他のアレルギー	□花粉(スギ・ヒノキ・イネ・その他) □その他()					
採血時	□アルコール消毒可 □アルコール消毒不可 □気分が悪くなることがあります					
お薬手帳持参	□なし □あり (ありの方は受付へ提出ください。治療中の薬の記載がある場合は⑤薬名記入不要)					

① 本日はどのようなことで来院されましたか?あてはまるもの全てに☑をつけて下さい。

☐胸痛 ☐胸部不快感 ☐動悸 ☐息苦しい ☐脈が(☐早い ☐遅い ☐とぶ)

☐その他()

☐動いている時起こる(☐階段昇降 ☐歩行 ☐その他()

☐じっとしている時起こる(☐就寝中 ☐デスクワーク ☐その他()

☐体動に関係なく起こる

②胸痛・不快の持続時間はどのくらいですか?

☐数秒 ☐1~5分以内 ☐~15分以内 ☐~60分以内 ☐数時間続く ☐1~数日ずっと感じる

③いつからですか?どのくらいの頻度ありますか?

()月()日から/ ☐その日のみ ☐1日()回 ☐()日おきに

④胸部不快・胸痛・動悸のある方は、本日症状がありますか?

☐なし ☐あるが今はなし ☐今まさにあり

⑤今までにかかった病気又は、現在他院に通院中の病気がありますか?

☐なし ☐あり(ありの方は以下記入ください。お薬手帳持参の方は薬名の記入不要です)

(歳の時)病名()薬名() ☐治療中 ☐治癒

(歳の時)病名()薬名() ☐治療中 ☐治癒

(歳の時)病名()薬名() ☐治療中 ☐治癒

(歳の時)病名()薬名() ☐治療中 ☐治癒

⑥家族で以下のような病気にかかった方がいますか?

☐高血圧(誰が:) ☐糖尿病(誰が:) ☐高脂血症(誰が:)

☐心筋梗塞(誰が:) ☐狭心症(誰が:) ☐()の癌(誰が:)

☐脳卒中(誰が:)

⑦ アルコール: ☐なし ☐あり(回/月・週 何を: ml/日)

⑧ タバコ: ☐なし ☐あり(年間 本/日) ☐禁煙中(年間 本/日) 吸っていた

⑨ 妊娠の可能性(女性の方のみ) ☐あり ☐なし / 授乳中 ☐はい ☐いいえ

⑩ 当クリニックをどのように知りになりましたか?

☐紹介者() ☐ホームページ ☐その他()