

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
薬手帳 ( あり ・ なし )

**1. 本日はどうされましたか**

症状があるため

①どのような症状ですか

胸が痛い

胸が苦しい

背中が痛い

血圧が高い

動悸

息切れ

めまい

意識を失った

体重の増加

むくみ

足が痛い

足が冷たい

静脈瘤

その他 ( \_\_\_\_\_ )

②いつ頃から症状がありますか

今日から

( \_\_\_\_\_ ) 日前から

( \_\_\_\_\_ ) ケ月前から

③今も症状がありますか

はい

いいえ

他院からの紹介

紹介状 ( あり ・ なし )

健診で指摘されたため

結果持参 ( あり ・ なし )

**2. 現在通院している病院がありますか ( あり ・ なし )**

病名： \_\_\_\_\_

病院名： \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_

病院名： \_\_\_\_\_

**3. 今までにかかった病気はありますか ( あり ・ なし )****4. 手術を受けたことはありますか ( あり ・ なし )**

歳頃 \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_

歳頃 \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_

**5. 輸血を受けたことはありますか ( あり ・ なし )****6. 虫歯はありますか ( あり ・ なし ) ⇒ 通院していますか ( はい ・ いいえ )****7. アレルギーはありますか ( あり ・ なし )**

薬剤 ( \_\_\_\_\_ )

食物 ( \_\_\_\_\_ )

造影剤

麻酔

金属

その他 ( \_\_\_\_\_ )

**8. タバコは吸いますか**

吸っている ( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 本/日 )

過去に吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日 )

吸ったことはない

**9. お酒を飲みますか**

はい ( 毎日 ・ 週に \_\_\_\_\_ 回 ・ 時々 )

いいえ

**10. 血縁の方に心臓病をお持ちの方はいますか ( はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ )**

◎女性の方へ 妊娠の可能性はありますか ( はい ・ いいえ )

授乳期間中ですか ( はい ・ いいえ )

※問診票の個人情報は、安全で正確な診療に役立てるために使用させていただくもので、その目的以外には  
使用いたしません。 \_\_\_\_\_ にご協力ありがとうございました。