

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生

1. 1週間以内に37.5°C以上の発熱はありましたか (あり・なし)

2. 本日はどうされましたか

 症状があるため

①最もつらい症状は何ですか

 胸が痛い・胸が苦しい・背中が痛い

⇒ 24時間以内に上記症状はありましたか (あり・なし)

⇒ 今も症状がありますか (あり・なし)

 脈が速い・脈が遅い・脈が飛ぶ・動悸

⇒ 今も症状がありますか (あり・なし)

 体重の増加 むくみ 息切れ 意識を失った 血圧が高い 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

 ()

ヶ月前から

 ()

年前から

 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)

3. 現在通院している病院がありますか (あり・なし)

病院名: _____

病名: _____

病院名: _____

病名: _____

4. 今までにかかった病気はありますか (あり・なし)

_____ 歳頃

_____ 病名:

5. 手術を受けたことはありますか (あり・なし)

_____ 歳頃

_____ 病名:

6. 輸血を受けたことはありますか (あり・なし)

7. 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)

8. 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 ()

9. 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

10. お酒を飲みますか

 はい (毎日・週に _____ 回・時々) いいえ

11. 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、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。

ご協力ありがとうございました。

◆現在服用している薬はありますか

(あり・なし)

・薬手帳持参 (あり・なし)

・携帯アプリ

・マイナンバーカード