

循環器科問診票

お名前 _____ 男・女 _____
生年月日 年 _____ 月 _____ 日生まれ (_____) 歳 _____
職業 _____ 身長 cm _____ 体重 kg _____
【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している(_____)週・授乳中 _____

看護師記入時間 (_____ : _____)	mmHg
体温 °C	血圧 / mmHg
脈拍 回/分	
呼吸数 回/分	Spo2 %
紹介状持参 無・有 (_____)	
かかりつけ医 無・有 (_____)	
持参資料 無・有 (_____)	
付き添い 無・有 (_____)	

薬手帳 あり・なし <要スキャナ>

●いつから、どのような症状がありますか？

胸痛・動悸・不整脈・息切れ・疲れやすい・高血圧・むくみ・歩くと足が痛い
検診で受診を勧められた・その他(_____)

上記の症状はいつごろからですか？どんなときに起こりやすく、どれくらい続けますか？

●これまで大きな病気にかかったことはありますか？ ない・ある

「ある」と答えた方は、病名と時期をお書きください。

●現在治療中または今までかかったことのある病気・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん(_____)・狭心症・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)
気管支喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症(コレステロールや中性脂肪が高い)・弁膜症
心不全・不整脈・先天性心疾患・その他(_____)

輸血: なし・あり

●両親、兄弟、祖父母など、血縁の方で下記の病気にかかった人はいますか？

・狭心症	いない・いる(_____)	・突然亡くなられた方	いない・いる(_____)
・心筋梗塞	いない・いる(_____)	・高血圧	いない・いる(_____)
・弁膜症	いない・いる(_____)	・高脂血症	いない・いる(_____)
・先天性心疾患	いない・いる(_____)	・糖尿病	いない・いる(_____)
・その他	(_____)		

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？ ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

(_____)

●アレルギーはありますか？ ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物(_____)・薬(_____)・造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙…(吸わない・やめた・吸う) (本/日) (歳～ 歳まで)
飲酒…(飲まない・やめた・飲む) 種類(_____) 量(_____ 合 mL)
(歳～ 歳まで 回/週・月)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ