

看護師記入時間	(:)
体温	℃	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	()

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

●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、どれくらい続きますか？

●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。

病气：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)

氣管支喘息 ・ 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