

心臓血管外科問診票

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					

薬手帳 あり・なし (スキャナ不要)

●いつから、どのような症状がありますか？

() 歳ごろから
() 年前から、() ヶ月前から、() 日前から

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・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)
喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症
その他()
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた()が、いつ() 病名()
手術: いつ() 術名()
輸血: なし・あり

●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 ()

●手術が必要なとき受ける意思はありますか？

はい・いいえ(薬による治療のみ希望)

●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