

○● 循環器問診表 ●○

【受診日】 _____年____月____日

(フリガナ)

【ご氏名】 _____ 男性 ・ 女性

【生年月日】 大正・昭和・平成 _____年____月____日 _____歳

*永井整形外科および、かじはらペインクリニックへの受診歴がありますか？はい・いいえ

**本日、他院からの紹介状・治療経過がわかる書類・お薬手帳をお持ちですか？

はい ・ いいえ

(ご持参されている場合は、すべて受付にて呈示ください)

・本日、当院受診は初めてですか？ はい ・ いいえ

*初めての方→当院を受診されたきっかけを教えてください

【インターネット ・ 電話帳 ・ 看板 ・ 知人からの紹介 _____様 ・ その他】

【1】本日はどのような症状がございますか？

○胸痛 (キューン・キーン・ズキン・グッ・チクッなど)

→痛みはどのくらい続きましたか？ _____時間 _____分 程度

○胸の圧迫感

○胸が締め付けられる感じ

○胸の苦しさ

○息切れ

○動悸 (ドキドキする感じ)

○背部痛

○脈が飛ぶような感じ

○胸の気持ち悪さ

*今現在、上記症状はございますか？ _____ ○はい _____ ○いいえ

・その他の症状はございますか？

・いつからですか？

_____年 _____月 _____日頃

・何かきっかけはございますか？

例) 階段を昇っているときにいつも苦しくなる…。テレビを見ているときに脈が飛ぶ感じがする…。安静時に多い…。など

【2】現在までに下記のような疾患または、それ以外の疾患を診断されたことがございますか？

○心筋梗塞

○心不全

○不整脈

○狭心症

○弁膜症

○心筋症

○肺梗塞

○脳梗塞

○大動脈解離

○高血圧症

○閉塞性動脈硬化症 ○アレルギー (薬・食べ物など) _____

○喘息

裏面もご記載下さい⇒

○それ以外の疾患 _____

○意識消失の経験はございますか はい ・ いいえ

○妊娠・出産の経験はございますか はい ・ いいえ (女性のみ回答)

◎今までに心臓に関して異常を指摘されたことはございますか？ (健診等)

ある ・ ない

*ある方→いつ頃 _____年 _____月頃

⇒

○上記疾患を診断され、治療または手術を受けられたことがございますか？ ある ・ ない

*あるとお答えされた方

_____年 _____月 _____日頃 【病院名】 _____

○どのような治療・手術を受けられましたか？

また現在も治療・内服は継続されていますか？下記にご記入ください。

例) スtent留置しています…、カテーテル検査を受けました…など。

【3】上記疾患以外で現在治療、内服等受けられていますか？ ある ・ ない

*あるとお答えされた方

【病名】 _____ 【病院名】 _____

いつから _____年 _____月 _____日頃

【4】心臓疾患以外で過去に入院や手術をされたことはございますか？ ある ・ ない

あるとお答えされた方→ _____年 _____月 _____日

病名 _____ 病院名 _____

【5】血縁者に下記のご病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

○高血圧症 () ○糖尿病 () ○脂質異常症 () ○突然死された方 ()

○心筋梗塞 () ○狭心症 () ○不整脈 () ○心臓が悪いといわれた事が

ある方 () ○脳梗塞 () ○癌 () ○膠原病 () ○何もない

・他何かご病気があればご記入を→ _____

【嗜好品】 *必ずご記入ください。

・喫煙→ 現在 ・ 以前 _____本/日 _____歳から _____歳の _____年間

_____もともと吸わない ・ 喫煙中 ・ 禁煙中 ・ 機会喫煙

・飲酒 何を _____ ml /日 (_____回/週程度) 現在、禁酒中・機会飲酒

・普段から運動はされていますか？ _____

体重 _____ kg 身長 _____ cm

ご職業： _____

**当院は予約制となっております。患者様の状態や検査の流れにより、予約通りに診察できない場合がございます。その際は待ち時間が発生致します事ご了承ください。

永井循環器内科医院