

心臓血管病センター 問診票 お名前[]

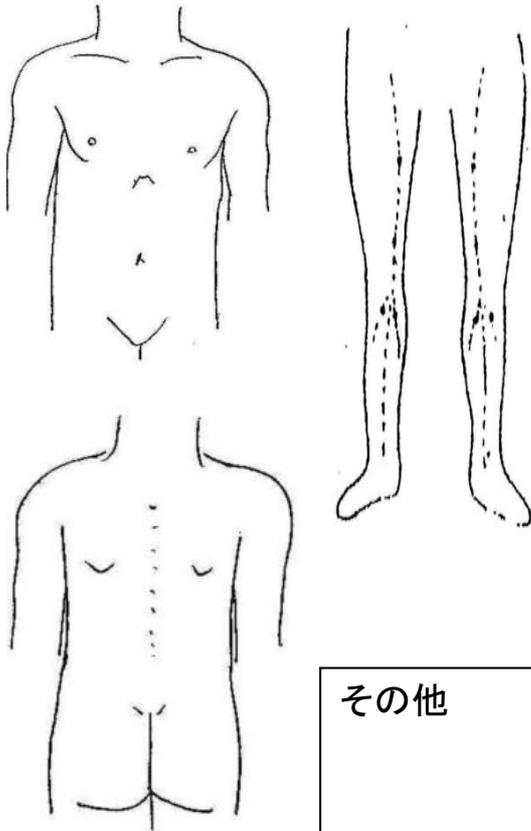
年 月 日

1. 本日心臓血管病センターをご希望された理由について下記の質問にお答えください。

- かかりつけの先生、医療関係者、家族、知人、検診: ご紹介[]
- 症状はありますか?(ある、ない) ■ 身長()cm, 体重()kg

症状のある方

(絵のあてはまる部分に斜線や印を)



■ いつからですか?()

■ 症状の種類

(痛い、息苦しい、もやもや、どきどき、
圧迫感、チクチク、しめつけられる、
その他:)

■ 症状の起こり方、持続時間

どんな時(階段昇降時、安静時、寝ているとき
その他:)

どれぐらい続きますか?

(数秒、1分以内、5分以内、10分以上)

■ そのほか下記の症状はありますか?

- 血圧が高い
- 横になると息苦しく座ると楽
- 歩くと足が痛い、休むと楽
- 足がむくむ

その他

2. 以前の病気、現在治療中の病気について

過去に病気を指摘されたり、入院されたことはありますか?(はい・いいえ)

入院歴()才 病名() () 病院
入院歴()才 病名() () 病院
入院歴()才 病名() () 病院

スタッフへ:この問診票は電子カルテに取り込んでください。

3. 下記の異常はお持ちですか、いつからですか

高血圧・糖尿病・コレステロールの異常・腎臓病・喘息・胃、十二指腸潰瘍
いつからですか: _____

4. 薬や造影剤、食べ物でアレルギーはありますか？

(ある: _____、ない)

5. タバコは吸いますか？

- 吸う (才から— 才まで・現在まで) 1日()本
 吸ったことはない

6. アルコールは飲みますか？

- 飲む 飲まない
週に()回 ()を 量は?()

7. あなたのご両親、ご兄弟で下記の病気にかかれた方はおられますか？

- いる
父・母・兄・姉・弟・妹
突然死、心臓病(狭心症、心筋梗塞、その他)
糖尿病・高血圧・脳梗塞

8. (女性の方へ、) 現在妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

医学を進歩させていくにあたって

現在の医療は、先人の方々の経験や努力で成り立っています。当科では、医学をさらに進めるため、患者の皆様について、個々に検査、診断、治療すると同時に、所見を集積して解析、検討し、国内外の医学の学会や研究会、論文として活発に行っています。みなさまのご家族をはじめとした次の世代にお役にたつものと確信しています。また患者情報を匿名化し、解析しています。患者の皆様にご後お元気かお問い合わせする場合があります。また、医学出版社によっては、論文発表の際に、改めて患者の皆様にご連絡して署名をいただく場合があります。

- 解析、匿名化データの発表に承諾しない。(しない場合チェックを)

診察の前に検査をする場合があります。
血圧手帳、お薬手帳があれば診察時医師にお出してください。
重症度により診察が前後する場合があります。

スタッフへ:この問診票は電子カルテに取り込んでください。