初診　・　再来初診　　記入年月日　　/　　/

ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　紹介状：なし　・　あり（　　）

問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．あてはまるものの□に「レ」チェックをしてください。

□胸の症状（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□脈の異常　⇒　□早い　□乱れる　□遅い　□その他（　　）

□息苦しい　□むくんでいる（部位　　）　□咳が出る　□血圧が高い　□定期チェック

□検診で異常を指摘された　□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

２．その症状はいつごろから、どの様な時にありますか？

＿＿

＿＿

＿＿

＿＿

＿＿

３．症状がある方に伺います。

・症状がある時に、薬を使ったことはありますか？　□なし　□あり（薬名　　）

・効果はありましたか？　⇒　□すぐに効いた　　□効かなかった

４．現在、他院で処方されている薬がありましたら、すべてお書きください。（お薬手帳□あり□なし）

□なし　　□あり　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿

※処方を受けた病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．たばこは吸いますか？　□吸うまたは吸っていた⇒(１日約　　本を　　歳～　　歳迄)　　□吸わない

６．お酒は飲みますか？　□飲む⇒頻度（ 毎日　・　　日／週）　　□飲まない

何を（□日本酒　□ワイン　□焼酎　□ビール）　　量（　　）

７．薬や食べ物でアレルギーはありますか？

□なし　□あり（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

８．次の病気はありますか？

□なし　□あり　⇒　□心臓病（病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□尿酸値の異常　□喘息　□腎臓病

□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

９．手術をされたことがある場合はお書きください。

何の病気ですか？　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）歳

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）歳

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）歳

１０．ご家族で、以下の病気の方はいらっしゃいますか？（　）の中に続柄、病名を記入して下さい。

・心臓病　□いない　□いる　（　　）

・脳卒中　□いない　□いる　（　　）

ありがとうございました。

心臓血管研究所付属病院　　2011.11.10 作成