

問診票

ID _____

記入年月日 _____ / _____ / _____

お名前 _____

本日の来院目的

- 症状がある 他院からの紹介 検診で異常を指摘された 定期チェック

症状のある方は当てはまるものにチェックし具体的にご記入ください。

- 胸の痛み 脈の乱れ 呼吸苦・息切れ 下肢の浮腫み 下肢痛
 その他(_____)

現在、内服している処方薬がありましたらご記入いただくか、お薬手帳などをお出してください。

- なし あり _____

薬・食べ物・金属などにアレルギーはありますか？

- なし あり _____

たばこは吸いますか？

- 吸わない 禁煙した(_____ 才～ _____ 才まで1日 _____ 本) 吸う(1日 _____ 本を _____ 歳から)

お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む 毎日・ _____ 日/週 種類と量 (_____)

下記の病気にかかった、あるいは健診などで指摘されたことはありますか？

- なし 高血圧 心臓病(狭心症・不整脈など) 糖尿病 脂質異常症
 腎臓病 脳梗塞 緑内障 甲状腺疾患 痛風 喘息
 その他(_____)

今迄に手術などを受けたことがあればご記入ください。

病名又は手術名 _____ (年齢 _____ 歳)

病名又は手術名 _____ (年齢 _____ 歳)

病名又は手術名 _____ (年齢 _____ 歳)

ご家族に心臓病や脳梗塞の方はいますか？

- いない いる 続柄: _____ 病名: _____

続柄: _____ 病名: _____

続柄: _____ 病名: _____

75歳以上の患者様は、
次頁もご記入下さい。

下記質問項目について、(はい)か(いいえ)でお答えください

- 1 6か月間で2～3kgの体重減少がありましたか？ (はい ・ いいえ)
- 2 以前にくらべて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？ (はい ・ いいえ)
- 3 ウォーキングなどの運動を週に1回以上していますか？ (はい ・ いいえ)
- 4 5分前のことが思い出せますか？ (はい ・ いいえ)
- 5 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがしますか？ (はい ・ いいえ)

看護師記入欄

--