

## 【問診票1枚目】

No. \_\_\_\_\_

お茶の水循環器内科では詳しい病状把握のため受付前に2枚の問診票をご記入いただいています。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女      ※18歳未満は「小児循環器科」を紹介します。

生年月日 昭・平\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_ 日 (\_\_\_\_\_ 歳)

お住まい 〒\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 都道府県\_\_\_\_\_ 市区町村\_\_\_\_\_

携帯連絡先\_\_\_\_\_ 勤務先・学校名\_\_\_\_\_

(外国語対応) 東京都は外国語対応医療機関の指定があります。受付または医師の判断で紹介します。

1、本日はどうされましたか？

・いつから、どのような経過ですか？

・現在、治療中の病気はありますか？ なし・あり：

・現在、内服中の薬剤はありますか？ なし・あり      薬の内容がわかるもの：あり(お薬手帳・現物・写真・メモ)

薬の内容がわかるものがない場合、具体的な薬名：

・煙草(加熱式タバコ・電子タバコ等も含む)

・今まで一度も吸ったことがない

・昔吸っていた： \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで 1日約 \_\_\_\_\_ 本

・今も吸っている： 1日約 \_\_\_\_\_ 本

※院内受動喫煙防止8時間ルール：喫煙後の呼気からは最大8時間一酸化炭素等の有害物質が排出されます。

院内受動喫煙防止のため喫煙者の方は禁煙されるか、最終喫煙後8時間以上開けての受診をお守りください。

・お酒：飲まない・飲む 週\_\_\_\_\_ 回程度 お酒の種類\_\_\_\_\_ 量\_\_\_\_\_ ml

2、症状について詳しく教えてください。(健診異常等で特に自覚症状がない場合は2枚目からご記入ください。)

・症状に近いものを教えてください。例：締め付けられる、押される、握られる、掴まれる、圧迫感、息苦しい、

胸、肩、背中、喉、首、顎、冷や汗、失神、意識を失いそうになる、息を吸いにくい、息を吐きにくい、焼ける、

脈が早い、脈が遅い、脈が飛ぶ、脈が不規則、脈が大きい、脈が強い、ズキズキ、チクチク、ピリピリ

他：

・症状の頻度を教えてください。(※正確な診断のためには症状出現時の心電図記録が必要です。)

・1日に何度もある・1日1回はある・週1回はある・週1回はない・他：\_\_\_\_\_

・症状はどのような時に起こりやすいですか？関連ありそうなものがあれば教えてください。

例：運動、食事、飲酒、空腹、入浴、睡眠前、睡眠中、早朝、午前中、呼吸、姿勢変化、電車、喫煙、ストレス、

他：

【問診票2枚目】血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_

1、今までの既往歴について教えてください。

- ・今まで大きな病気をしたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・先天性心疾患(生まれつきの心臓病)はありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・血がつながった方で心臓病の方はいますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・高血圧と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・脂質、コレステロールが高いと言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・糖尿病または糖尿病予備軍と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・今まで不整脈と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_

不整脈と診断されたことのある場合、具体的な診断名を教えてください。: \_\_\_\_\_

(※不整脈とは心電図記録上の異常所見の総称です。正確な診断のためには心電図記録が必要です。)

- ・貧血、低血圧と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・甲状腺の病気と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・胃炎、食道炎、ピロリ菌感染と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・薬で合わないもの、薬剤アレルギーはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・(女性の方)妊娠の可能性:なし・あり 授乳:なし・あり\_\_\_\_\_
- ・(女性の方)低用量ピル内服:なし・ありの場合:保険・自費 処方医院名: \_\_\_\_\_
- ・(血栓症検査)診断結果は最短4日後です。他院受診希望の場合はご自身で他院をお探し受診ください。

(当院から他院紹介は行っていません。)03-5272-0303(東京都24時間医療機関案内) 同意しました・同意しません

2、普段の生活について教えてください。

- ・最後に健診、人間ドックを受けたのはいつですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_
- ・普段の運動習慣について教えてください。 週 \_\_\_\_\_ 回程度 運動の内容 \_\_\_\_\_
- ・体重について教えてください。(大体で結構です。) 現在の体重約 \_\_\_\_\_ kg  
1年前と比べて:不变・増加・減少 約 \_\_\_\_\_ kg 20歳頃と比べて:不变・増加・減少 約 \_\_\_\_\_ kg
- ・睡眠中のいびき、呼吸低下の自覚、指摘はありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_

3、心臓の精密検査が必要な場合に確認が必要なため教えてください。

- ・喘息、小児喘息、肺高血圧と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・腎機能障害と言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・造影剤アレルギーと言われたことはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・糖尿病薬のメトホルミン、メトグルコの内服はありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・体内に金属(ペースメーカー、人工内耳等)はありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・金属アレルギーはありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_
- ・閉所恐怖症はありますか？ なし・あり\_\_\_\_\_

4、最後に医師に伝えておきたいことはありますか？出来る限り期待に添えるように心掛けます。

例:心臓病が心配、狭心症が心配、心筋梗塞が心配、不整脈が心配、心不全が心配、弁膜症が心配、心筋炎が心配、睡眠時無呼吸症候群が心配、出来るだけ詳しく検査して欲しい、特定の病院へ紹介、特定の医師へ紹介、他: