

心臓用問診票 平成 年 月 日【BP/HR: (整・不整)、RR 】

お名前: (男・女) (満 歳) 身長: cm、体重: kg

1、どんな症状がいつ頃からありますか? 【現在ある症状を○で囲んで下さい】

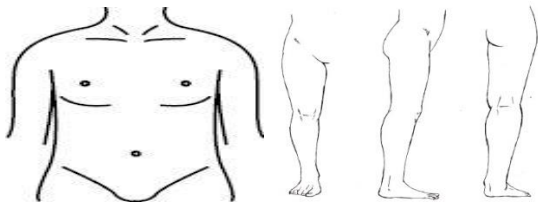
胸痛・胸部圧迫感・心窩部痛・背部痛・動悸・労作時呼吸苦・横になると息苦しい・咳・

発熱【 時頃 度】・だるさ・体重増加・下肢浮腫・歩行時下肢痛・下肢色調悪化・

失神・ふらつき・食欲低下・その他() いつ頃から() どのな時に()

どれくらい持続() 再現性(無・有) 点滴希望(無・有:先に・後で)

周囲に同様な症状の方は?(無・有) 他に相談したいこと等(内容:)



←気になる所に印をつけて自由に書いて下さい

2、他院を受診あるいは他院で治療を受けたり、現在/これまでに指摘/治療を受けている病気

はありますか? (ない・ある:心臓病・高血圧・高脂血症・糖尿病・腎臓病・呼吸器疾患・

脳疾患・胃/十二指腸/胆嚢/膵/大腸疾患・前立腺肥大・肝臓病・緑内障・癌・カテーテル治療・

ペースメーカー・手術: 、その他: 、いつ頃から:)

3、服用中の薬はありますか?(ない・ある:市販薬/その他:)

4、薬、造影剤、食べ物でアレルギーはありますか?(ない・ある:)

5、御家族で心臓(狭心症/心筋梗塞/不整脈/突然死/弁膜症)、糖尿病、高脂血症、高血圧、

腎臓病、脳梗塞、癌にかかった方はいますか?(いない・いる:)

6、タバコについて(吸わない・吸う: 本× 年、止めた: 本、 年前まで)

7、アルコールはどれくらい飲みますか?(ない・毎日・たまに、どれくらい:)

8、女性の場合、現在妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか?(はい・いいえ)

9、尿検査できますか?(できる・したくない・できない:生理中・来院前にしてきた)