

その他の問診票 平成 年 月 日【BP/HR: (整・不整)、T: 、RR 】

お名前: (男・女) (満 歳) 身長: cm、体重: kg

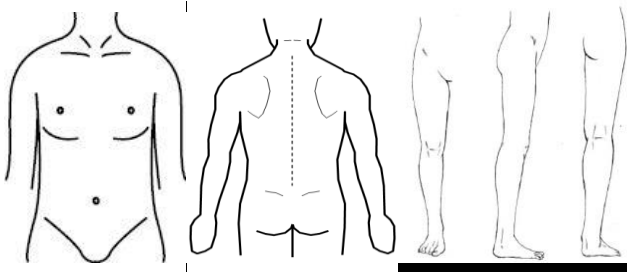
1、どんな症状がいつ頃からありますか？(受診理由)【現在の症状に○をして下さい】

胸部不快感・胸苦しさ・肩凝り・背部痛・【腕/足(左/右)/全身】のだるさ・歯痛・顎痛・頸部痛
心臓が止まりそう・息が吸いにくい・酸素が欲しい・尿が減った・めまい・目の前が暗くなる
眠れない・関節痛(場所:)・腰痛・筋痛(場所:)・体重減少・(上肢・下肢)の痺れ

検診で異常を指摘(内容:)・ズキズキ・トキトキ・チクチクする(場所:)

食欲低下・発熱・頭痛・その他() セカンドオピニオン(内容:)

いつ頃から() その他相談したいこと等(内容:)



←気になる所に印をつけ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、どれ位:)

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)