

内科・循環器科 問診票

平成 年 月 日

(ふりがな)

お名前 殿 男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 満 歳

〒

現住所 電話

- ・ どうされましたか？ それはいつ頃からですか？

- ・ 現在、発熱や倦怠感などの全身症状はありますか？ はい・いいえ
- ・ 最近、体重の変動はありますか？ はい・いいえ
- ・ 食欲はありますか？ 良好・普通・不良 ・よく眠れますか？ 良好・普通・不良
- ・ 便秘または下痢などの症状はありますか？ なし・便秘・下痢
- ・ タバコを吸いますか？ はい・いいえ はいの場合一日何本くらいですか？ _____ 本
以前吸っていた方はいつ禁煙しましたか？ _____ 才
- ・ アルコールを飲みますか？ はい・いいえ
はいの場合どの程度飲みますか？
- ・ 現在、高血圧、高コレステロール、糖尿病、その他の治療中の病気はありますか？
はいの場合、飲んでいる薬をお答えください。 はい・いいえ

- ・ 最近、胸痛や息切れ、めまいを経験した事はありますか？ はい・いいえ
はいの場合、具体的にお答えください。

- ・ 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ はい・いいえ
はいの場合、具体的にお答えください。
- ・ 過去に大きな病気やけがをしましたか？ はい・いいえ
はいの場合、具体的にお答えください。
- ・ これまでに手術を受けた事がありますか？ はい・いいえ
はいの場合、具体的にお答えください。

- ・ ご家族に突然死された方や心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか？ はい・いいえ
それはどなたですか？
- ・ 女性の方へ…妊娠していますか、またはその可能性がありますか？ はい・いいえ
(妊娠 週)
- ・ …授乳していますか？ はい・いいえ