

# 循環器内科 問診票

診療日  
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名( ) 年齢( ) 男・女

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

身長( )cm、体重( )kg、体温( )℃ 脈拍( )回/分 血圧 / mmHg

\* 症状を詳しく書いてください

1.いつから具合が悪いですか？

頃から

2.どのように具合が悪いですか？

3.今までに病気やケガで治療したことがありますか？(現在も含め、当院に限らず他院も)

例：40歳頃、高血圧で共立湊病院に通院

なし・あり

4.現在、治療中の方は飲んでいる薬を書いてください

なし・あり( )

5.アレルギーを指摘されたことはありますか？

なし・あり( )

6.飲酒 ⇒ 全く飲んだことがない・以前に飲んでいた・現在飲んでいる

飲む場合(以前に飲んでいた) \_\_\_\_才 ~ 現在  
\_\_\_\_才 ~ \_\_\_\_才まで

7.喫煙 ⇒ 全く吸ったことがない・以前に吸っていた・現在吸っている

吸っている場合(以前に吸っていた) \_\_\_\_才 ~ 現在  
\_\_\_\_才 ~ \_\_\_\_才まで

8.家族歴

例：父親が高血圧、祖父母が糖尿病。等

なし・あり

9.万が一、悪性腫瘍の場合、ご本人への告知を希望されますか？ はい・いいえ

10.女性の方のみお答え下さい。妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

「はい」の方 → 妊娠週数 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日