

循環器内科 問診票

ID

記入日

年

月

日

ふりがな

氏名

様

歳

(男・女)

身長:

cm

体重:

kg

付添 無・有

(ご関係

)

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (いいえ・はい)
- ・他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか？ (ない・ある)
- ・健康診断の結果は持ちですか？ (ない・ある)

- ・今回はどのような症状で受診されましたか？
(
・健康診断の精密検査)
- ・その症状はいつ頃から、どのくらいの頻度ですか？
(年 月頃から、 回 / 月 or 週 or 日 ・わからない)
- ・最後にその症状があったのはいつですか？
(年 月 日 時頃 ・わからない)
- ・その症状はどのくらいの時間続きましたか？
(時間 分 秒 ・わからない)
- ・その症状はどのような時に起こりますか？
(動いた時・安静時・朝起きた時・就寝中・わからない・その他 ())

- ・今までで治療を受けたことのある病気をお書きください
(ない・ある (・緑内障・前立腺肥大・腎臓病))
- ・今まで手術をうけたことはありますか？
(ない・ある (いつ: 病名:))
- ・血縁関係にあるご家族で以下の病気をお持ちの方はお書きください
(ない・ある) ※あるとお答えの方は、あてはまるものに○をつけてください。
心臓病 (狭心症・心筋梗塞・その他)、脳血管疾患、がん、糖尿病、高血圧、脂質異常症、
遺伝性疾患 () ・突然死 (続柄:)
- ・この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか
(ない・ある (いつ: 指摘事項:))



