湘南東部クリニック循環器科 初診問診票

年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　御職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけの病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下の質問に該当する項目に〇をつけけて下さい。それ以外は(　)の中に記載をお願いします。

1.　今回、循環器科を受診された理由は何ですか？

症状があり困っているから　　心臓病が心配だから

一度精密検査を受けたい　　受診を勧められたから

2.　今、一番お困りの症状は何ですか？(いくつでも可です)

胸が痛い　胸が苦しい　胸が重い　背中が痛い　息が切れる

息が苦しい　足がむくむ　脈がとぶ　脈が速くなる　気絶した

心臓がドキドキする　その他の症状(　　)

3.　症状はどれぐらい続きますか？

数秒　30秒　1分　3分　5分　10分　30分　1時間　半日　1日　ずっと

4.　初めて症状に気づいたのは、いつ頃ですか？

最近　1週間前から　1ヶ月前から　半年前から　1年以上前から

5.　症状は悪くなってますか？

変わらない　徐々に悪くなっている　急激に悪くなっている

6.　どのような時に、症状を自覚しますか？

歩いてる時　時階段・坂道で　静かにしている時　夜中寝ている時

7.　タバコを吸いますか？

吸わない　止めた　(　　年前)　吸う　(1日　　本/　　年前から)

8.　これまでに、言われた事のある病気はありますか？

高血圧　糖尿病　コレステロールが高い　中性脂肪が高い

9.　他院より処方されているお薬があれば、わかる範囲でご記入して下さい。
（お薬手帳があればお出しください。）
(　　)

10.　血のつながったご家族に心臓病の方はいらっしゃいますか？

いない　いる(　　)

11.　海外渡航歴はありますか？
ない　ある　国名(　　)

いつ頃ですか(　　年前)　どれぐらいの期間(　　年　　ヶ月)