

湘南東部クリニック循環器科 初診問診票

氏名 _____ 年 月 日
御職業 _____

かかりつけの病院 _____

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

- 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
- 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()
- 症状はどれくらい続きますか？
数秒 30秒 1分 3分 5分 10分 30分 1時間 半日 1日 ずっと
- 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
- 症状は悪くなっていますか？
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
- どのような時に、症状を自覚しますか？
歩いている時 時階段・坂道で 静かにしている時 夜中寝ている時
- 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)
- 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
- 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てください。)
()
- 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()
- 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)