

<循環器内科問診票>

名前 _____

記入年月日 年 月 日

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ
 この1年間で健診(特定検診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい いいえ
 はいの方→(受診時期: 年 月 日 指摘事項)

※事前に心電図、レントゲンを行うことがあります

◆下記の質問の該当する□に✓してください。

①主な症状に✓をつけてください。

- 胸痛
 痛みの場所は 全体的 局所的 何をしている時 安静時 労作時
 特徴は しめつけ・圧迫感 チクチク 冷や汗を伴いますか はい いいえ
 喉が詰まる感じ ある ない 息を吸うと変化する はい いいえ
 息切れ
 何をしている時 安静時 労作時 横になると苦しくなる はい いいえ
 痰がでる はい いいえ 時間・場所が決まっている はい いいえ
 動悸
 脈の速さ 速い 遅い 脈の性状 規則正しい 乱れている
 意識が遠のく感じがする はい いいえ
 最近ストレスが多い はい いいえ
 その他症状()

②下記の病名と診断されたことはありますか？

- 心筋梗塞 狭心症 不整脈 深部静脈血栓症 肺塞栓 先天性の心疾患
 高血圧 脂質異常症 糖尿病 脳疾患 腎臓病 喘息
 緑内障 コロナウイルス感染症 その他()

③下記の検査や手術をされたことはありますか？

- 心臓CT 人工弁置換術 バイパス手術 ペースメーカー植込 いいえ
 その他の手術() 心臓カテーテル検査または治療

④現在、通院している医療機関はありますか？

- はい(医療機関名: _____ 診療科: _____) いいえ

⑤現在、服用されているお薬はありますか？

- はい いいえ
 ●はいの方お薬手帳はありますか？
 ある→受付に提出して下さい(マイナ保険証による情報取得同意の方は直近1か月以内の処方が必要は不要です)
 ない→お薬の名前を記入して下さい。()

⑥両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

- 糖尿病 脂質異常症 心筋梗塞 大動脈解離 狭心症 突然死

⑦薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- はい (薬の名前: _____ 食べ物の種類: _____) いいえ

⑧造影剤のアレルギーはありますか？

- はい →どの検査で? CT検査 MRI検査 いいえ 不明
その他

⑨喫煙歴はありますか？

- はい (_____ 本/日 _____ 歳~ _____ 歳まで _____ 年間) いいえ

⑩お酒は飲みますか？

- はい (種類: _____ 量: _____ 頻度: _____) いいえ

⑪女性の方にお聞きします。

- 妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ 妊娠中 授乳中 わからない

当院は情報提供を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。