

(初診・再来初診)

問診票

ID: _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不問
生年月日	年齢 _____ 才	
〒 _____ 住所		
電話番号 _____ - _____		
緊急連絡先	_____ - _____	職業 (_____)

症状についてお聞きします

自覚症状なし

自覚症状あり いつから (_____) どんな (_____)

胸 痛い 苦しい 違和感

脈 動悸 乱れ

速い 遅い

足 痛い 痺れ むくみ

かゆみ 静脈瘤 熱感

健診での指摘 他院からの紹介 その他 (_____)

治療している病気はありますか？

いいえ はい 心臓病 (病名 _____) ・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝疾患
高脂血症・その他 (_____)

現在通院中の病院・診療所はありますか？

いいえ はい 医療機関名 (_____)

上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？

いいえ はい 病名 (_____) (_____ 才頃) 手術：なし・あり
病名 (_____) (_____ 才頃) 手術：なし・あり

今飲んでいる薬はありますか？★お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちの方はお出してください。

いいえ はい 薬品名 (_____)

今までに薬、注射、食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい 薬品名 (_____)
食品 (_____) エビ カニ

嗜好品についてお聞きします。

アルコール 飲まない 付き合い程度 週3日以上 毎日

タバコ 吸ったことはない 現在吸っている (_____ 才から _____ 本/日)
 以前吸っていた (_____ ~ _____ 才まで _____ 本/日)

血縁の方に以下の病気の方はいますか？いらっしゃる場合は () 内に続柄をご記入ください。

糖尿病 () 高血圧 () 心臓病 () 脳卒中 ()
がん () 突然死 () その他《病名 _____ 》 (_____)

女性にお聞きします。妊娠または、妊娠の疑いがありますか。 はい いいえ

下記の医療機関にを受診したことがありますか？

埼玉東部循環器病院 越谷循環器クリニック 草加循環器クリニック

今回この病院 (クリニック) を選んだ理由をお聞かせください。

家や職場から近い 知人の紹介 インターネット検索 その他 (_____)

来院前にホームページをご覧になりましたか？ はい いいえ