

問診票

氏名	フリガナ	生年月日	TSH
	(男 ・ 女)		年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号		職業	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬品名・食べ物：		
お酒	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う (本/日) <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた

お手数ですが、該当する口に☑し必要な箇所にご記入ください。

裏面もございますので、よろしく願いいたします。

- 今日どのような症状で来院されましたか？（複数ある方は複数 してください）
動悸 息切れ 脈がとぶ 脈が乱れる 胸が痛い 胸が重たい 冷汗が出る
意識消失 意識が遠のく感じがする むくみ（顔・手・足）
症状はないが、他の医療機関から受診するように勧められた
その他 ()
- 症状はいつからどのような時に現れますか？
 いつから ⇒ ()
 どのような時 ⇒ 朝 昼 夜 就寝中 起床時 不定期 運動時 その他
- ご家族で心房細動、不整脈、ペースメーカーをご利用の方がいらっしゃる場合は、詳細をご記入ください。
 ()
- 健康診断もしくは人間ドックを毎年受けていますか？
いいえ はい ⇒ 最終受診 ()
- 初めて不整脈（心房細動）を自覚、または指摘されたのはいつですか？
 ()

*** 裏に続きます ***

6. 現在治療中、又は過去に治療していた病気はありますか？

いいえ はい ⇒ 詳細をご記入ください。

病名	治療内容	医療機関
<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心房細動以外の不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()	治療経過 : <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 未治療	
<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心房細動以外の不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()	治療経過 : <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 未治療	
<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心房細動以外の不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()	治療経過 : <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 未治療	

7. 今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ はい ⇒ 詳細をご記入ください。

病名	手術名	時期	医療機関

8. 現在服用しているお薬やサプリメントはありますか？

いいえ はい

*お薬手帳をお持ちの方は、診察時にお薬手帳をお見せください。ない場合は、ご記入ください。

()

9. 当院を何で知りましたか？

ホームページ 看板 チラシ 知人の紹介 他院からの紹介 その他

()

10. その他、医師に伝えておきたい事があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

看護師記入欄 身長 () cm 体重 () kg 血圧 () / () mmHg
 脈拍数 () 体温 () °C