

# 問診票

氏名	フリガナ	生年月日	TSH	
	(男・女)		年	月
住所	〒			
電話番号	自宅	-	-	職業
	携帯	-	-	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬品名・食べ物:			
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
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□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、よろしくお願いいたします。

1. 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 ( )

2. 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

3. 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。

( )

4. 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( )

5. 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( )℃