

# 問診票

氏名	フリガナ	生年月日	TSH 年 月 日( 歳)
	( 男 ・ 女 )		
住所	〒		
電話番号	自宅	職業	
	携帯		
緊急連絡先	続柄( )		
アレルギー			
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 1日の摂取量( ) 例)350ml ビール 2本、日本酒 2合など	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う( 本/日) <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた ※やめた方( ~ 歳 本/日)

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、よろしくお願いいたします。

- 今日どのような症状で来院されましたか？(複数ある方は複数チェックしてください)  
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  
どのくらい⇒( ) 例)毎日1時間程度 週に2回10分程度 等
- 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、受付にお薬手帳をお見せください。お持ちでない場合は、ご記入ください。

( )

\*お薬の管理はどなたがされていますか？

本人 配偶者 子 その他 ( )

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