

問診票

|       |                                                                                                                                       |      |                  |                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名    | フリガナ                                                                                                                                  | 生年月日 | TSH<br>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<br>1日の摂取量( )<br>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<br>※やめた方( ~ 歳 本/日) |

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )
- 当医療機関は患者様の診療情報を取得・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致します。
- 当院では、スマホ(LINE)にご登録いただくことでご利用可能な「診察券」を導入しております。「紙の診察券」「スマホの診察券」どちらをご希望されますか？ ( 紙の診察券 ・ スマホの診察券 )
- ※「スマホ」の方は、後ほどお渡しする番号票に記載の当院 ID をご確認のうえ、LINE のご登録をお願いいたします。
1. 今日はどう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 ( )
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
- どのくらい⇒( ) 例)毎日 1 時間程度 週に 2 回 10 分程度 等
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。
- ( )

\*\*\* 裏に続きます \*\*\*

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？

(  
)

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<br><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中<br><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<br><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。

---

当院記入欄          身長(                  )cm   体重(                  )kg