

<北原脳神経外科病院 循環器内科問診表>

ID: _____

受付時間 _____ : _____ サイン

お名前 _____ ご年齢 _____ 性別 男 ・ 女

1) 本日どのような症状でいらっしゃいましたか？		日付	年	月	
・胸痛 (最期に症状があった日時: 日 時頃、痛みは:局所的 ・ 全体的 で 安静時 ・ 労作時) ・胸やけ (食後に症状がでる: はい ・ いいえ、心窩部の痛み: 有[空腹時 ・ 食後]・ 無) ・動悸 (鼓動: 速い ・ 乱れる、心臓の鼓動を強く感じる: はい ・ いいえ) ・息切れ (夜中苦しくて目覚める: 有 ・ 無、症状がでるのは: 安静時 ・ 労作時) ・背部痛 (痛む所が最初の頃と違う: はい ・ いいえ、手のしびれ: 有 ・ 無、肩こり: 有 ・ 無) (痛みはいつありますか: 空腹時 ・ 食後)					
頻度: 月に 又は 日に 回位、持続時間: 時間 分位、時間帯: 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜					
・その他(_____)					
現在もその症状は続いていますか？				はい	いいえ
今までの状態よりも悪くなっていますか？				はい	いいえ
「はい」の方はいつ頃から症状が出始めましたか？ _____ 日 _____ 時間 _____ 分 前位から					
2) 今までに下記の病名と診断されたことがありますか？		はい	いいえ		
心筋梗塞 狭心症 不整脈 弁膜症 先天性の心疾患 肺塞栓 深部静脈血栓症 その他(_____)					
3) 今までに心臓の手術や処置をされたことはありますか？		はい	いいえ		
「はい」の方はどのような処置や手術をされましたか？ (心臓カテーテル 人工弁 ペースメーカー植込 バイパス手術 その他(_____)					
4) 現在、他の医療機関に通院されていますか？		はい	いいえ		
「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？ 病院名(_____) 診療科(_____)					
5) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？		はい	いいえ		
喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳疾患 腎疾患 緑内障 その他(_____)					
6) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？		はい	いいえ		
(_____)					
7) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？		はい	いいえ		
「はい」の方はどの薬でどのような症状が出ましたか？ (_____)					
8) 心臓の病気以外で手術をしたことがありますか？「はい」の方はどのような手術をされましたか？		はい	いいえ		
(_____ 歳)					
9) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？「はい」の方は 印をつけてください。		はい	いいえ		
糖尿病 高脂血症 心筋梗塞 狭心症 大動脈解離 突然死					
10) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？		はい	いいえ		
(_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 年間)					
11) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？		はい	いいえ		
何を(_____) どのくらいの量(_____) 頻度(_____)					
12) 検査のためにお聞きします。					
1. 現在、妊娠中ですか？		不明	はい	いいえ	
2. 現在、授乳中ですか？		はい	いいえ		
3. 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？		はい	いいえ		