

心臓血管外科を受診される方へ

受診日 年 月 日

氏名 (身長: cm 、 体重: kg)

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

(1) アレルギーはありますか？

1.のみ薬、注射薬のアレルギー（抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など）

☐なし ☐あり 薬品名
症状

2.食物アレルギー（卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど）

☐なし ☐あり 食品名
症状

3.その他のアレルギー（アルコール、ゴム製品など）

☐なし ☐あり
物質名と症状

4.血縁の方にアレルギーがありますか？（ はい ・ いいえ ）

（続柄： 、症状： 、原因： ）

(2) どのような症状でおいでになりましたか？

1.静脈瘤 2.足のむくみ・腫れ 3.血行障害 4.足のダルさ

5.検診で受診を勧められた（ 当院 ・ 他院 ・ その他（ ） ）

6.その他（具体的に： ）

(3) その症状はいつ頃からですか？

（ ）から

(4) その症状はどの辺り（部位）ですか？

（右図に○で記入して下さい。）

(5) その症状で他の病院で診察・治療を

受けられたことがありますか？（ はい いいえ ）

“はい”の方はご記入下さい。

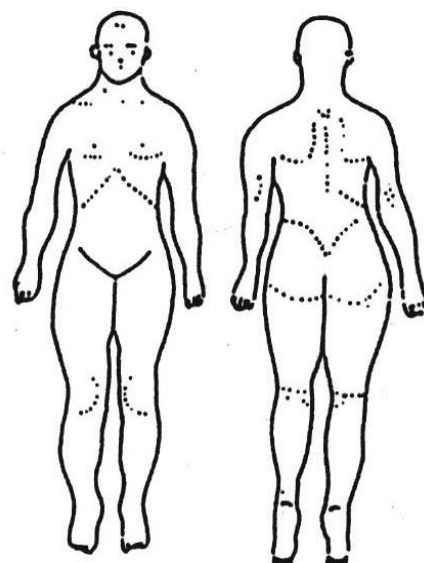
病院・医院名： _____

① 薬をもらっている（薬名： _____）

② 検査を受けた（検査名： _____）

③ 手術を受けた（手術名： _____）

④ その他（ _____）



(6) 今までにかかれた病気、現在治療中の病気はありますか？

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 脳梗塞 脳出血 腎臓病 喘息 癌（部位： _____）

花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他（ _____）

手術（病名： _____、手術名： _____、病院名： _____）

手術（病名： _____、手術名： _____、病院名： _____）

⇒裏面に続きます

(7) 普段の生活状況についておたずねします。

タバコ：吸う（ 本/日× 年） やめた（ 歳から禁煙） 吸わない
お酒 ：飲む 時々飲む 飲まない
 （ビール 本/日、日本酒 合/日、その他 ml/日）

(8) 血縁の方に下記病気にかかれた方がおられますか？

高血圧 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 脳出血 心臓病 癌（部位： ）
（続柄： 、病名： ）（続柄： 、病名： ）
（続柄： 、病名： ）（続柄： 、病名： ）

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・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お願いいたします。

ありがとうございました。