

# 循環器内科 を受診される方へ

ご氏名 \_\_\_\_\_

適切な治療を受けて頂くため、下記の事項についてお答えください。

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(アルコール綿、ゴム製品、ニッケル、鉄 など)

なし あり

物質名と症状 \_\_\_\_\_

(2)どのような症状でおいでになりましたか ?

1. 胸が痛む、苦しい 2. 脈が速くなる、乱れる 3. 息苦しい、息切れする

4. 検診や他の医師に受診するように言われた

5. その他( \_\_\_\_\_ )

(3)その症状はいつごろからですか ? ( 月 日、 日前から 週間以上前から)

(4)その症状は何回ぐらい起こりましたか ? ( 1時間に 回、1日に 回、 1月に 回)

(5)その症状はどれくらい続きましたか ? ( 秒、 分、 時間、 日)

(6)その症状はどんな時に起こりますか ?

1.体を動かしたとき 2.動きに関係なく 3.寝ている時 4.その他( \_\_\_\_\_ )

(7)その症状のため他の病院で診察、治療を受けられたことがありますか ?

1. 受けていない

2. 受けた → 《 \_\_\_\_\_ 》病院(医院)で

1.お薬をもらった

2. 詳しい検査を受けた

3. 治療・手術をした

(8)最近

① 食事はおいしく食べられますか ? ( はい、 いいえ )

② 便通はどうですか ? ( \_\_\_\_\_ )日に( \_\_\_\_\_ )回

③ 普段通りに眠れていますか ? ( はい、 いいえ )

④ たばこはお吸いになりますか ? ( 以前から吸わない、 過去に吸っていた、 吸う )

吸っていた方、吸っている方 → 1日に( \_\_\_\_\_ )本、( \_\_\_\_\_ )才から( \_\_\_\_\_ )才まで

⇒裏面に続きます

⑤ お酒は飲まれますか ? ( 飲まない、 つきあい程度、 毎日飲む )  
毎日飲む方 →発泡飲料( )缶(350ml/缶)、ボトルの焼酎やウイスキー グラス( )杯  
日本酒 ( )合、 その他( )

※(ご婦人の方へ)

月経は ? ( 順調 不順 閉経 )

閉経前の場合、最後の月経はいつでしたか ? ( 月 日 )

現在、妊娠の可能性はありますか ? ( ある ない )

(9)これまでに、どのような異常・病気をいわれたことがありますか ?

高血圧 糖尿病 コレステロール高値 腎臓病(尿タンパク等を含めて)

貧血 甲状腺機能異常 心臓疾患 癌 頸椎・胸椎・腰椎の疾患

(10)入院・通院された病気がありましたら、いつ頃、どんな病気で、どこで治療されていたか教えてください。

何という病気で	いつ頃	(入院 通院 手術)	どこで

(11)血のつながった親族のうちで、癌、高血圧、心臓病、糖尿病などの病気のある人  
(亡くなられた人も含めて)がおられましたら教えてください。

続柄	病名

(12)今日は、3分間くらい続けて歩けますか?

( 普通の早さで歩ける 何かにつかまったら歩ける 歩けない やってみないとわからない )

(13) おおよそでよいので、身長と体重をご記入ください。

( )cm ( )kg

(14) その他、今までのご質問で答えにくい症状がありましたら、どのようなことかご記入下さい。

.....  
.....  
.....

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。受付の職員にお渡しください。