

問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		生年月日：大正・昭和・平成・令和		性別：男・女・回答しない・その他（ ）	
氏名		年 月 日（ 歳）			
住所 〒 市 区					
自宅電話		- -		携帯電話 - -	
緊急連絡先（続柄）		氏名（ ）		電話番号 - -	
業務歴		あり・なし		職種	
				業務期間 年 カ月	

<u>現在気になる自覚症状を教えてください</u> ☐ 特になし	
☐ 胸の痛み ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ めまい・立ちくらみ ☐ むくみ（顔・手足） ☐ 不整脈 ☐ 高血圧 ☐ 頭痛	
☐ 喉の渇き ☐ 手足のしびれ ☐ 発熱 ☐ その他（ ）	
症状はいつ頃からですか？（ ）頃から	
症状が出る頻度 ☐ 常に ☐ 時々 ☐ 運動時 ☐ 安静時 ☐ その他（ ）	
<u>現在治療中または過去に治療した病気はありますか？</u> ☐ ない ☐ ある→病名と状況をご記入ください	
【1：治療中 2：経過観察中 3：手術歴あり 4：治癒/完治 5：指摘あり（未治療）】	
病名（ ）状況（ ） / 病名（ ）状況（ ）	
病名（ ）状況（ ） / 病名（ ）状況（ ）	
病名（ ）状況（ ） / 病名（ ）状況（ ）	
<u>現在内服中のお薬はありますか？</u> ☐ ない ☐ ある→お薬手帳が無い方は記入して下さい	
（ ）	
<u>アレルギーはありますか？</u> ☐ ない ☐ ある（薬剤： その他： ）	
<u>輸血をしたことがありますか？</u> ☐ ない ☐ ある（時期： 年 月頃）	
<u>ご家族（血縁者）に下記の病歴をお持ちの方はいますか？</u> ☐ ない ☐ ある→以下にご記入ください	
☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 狭心症・心筋梗塞 ☐ 突然死 ☐ 脳梗塞 ☐ がん/悪性腫瘍	
続柄（ ）病名（ ） / 続柄（ ）病名（ ）	
<u>喫煙・飲酒歴について</u>	
喫煙： ☐ 現在吸っている（ 本／日、 年） ☐ 過去に吸っていた（ 本／日、 年→禁煙後 年）	
☐ 吸ったことがない	
飲酒： ☐ 飲まない ☐ 時々飲む ☐ 毎日飲む →飲酒日の1日あたりの飲酒量（種類 量）	
※清酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（35度）80ml、ウイスキーダブル1杯60ml、ワイン2杯240ml	
<u>この1年間で健診を受診しましたか？</u> ☐ いいえ ☐ はい	
<u>1-2カ月以内に海外へ渡航しましたか？</u> ☐ いいえ ☐ はい（渡航先 ）いつ頃	
<u>女性の方へお伺いします</u> 1）現在妊娠中/妊娠の可能性はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない	
2）現在授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ	

ご記入ありがとうございました



ふるげん内科・循環器クリニック