

問診表(循環器症状)

くにか内科・循環器呼吸器クリニック

ふりがな			
氏名			男 女 歳
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年	月 日
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

■いつからどのような症状がありますか

・胸痛	・胸/のど/肩/みぞおちのしめつけ	・動悸	・失神/意識が遠のく
・息苦しい	・呼吸困難	・浮腫	・背部痛
・いつ頃から	・血圧	・その他()	
★症状を自覚するのは？			
・階段など身体を動かす時に症状がある			
・じっと安静にしている時に症状がある			
★症状の多い時間帯は？			
・起床時			
・午前中			
・食前			
・食後			
・午後～夕方			
・寝る前			
・夜間			
★気になることをご記入ください			

■服薬中の薬 (あり ・ なし)

記入欄(お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません)

■既往歴

■入院歴

高血圧	(あり ・ なし)	病名	
糖尿病	(あり ・ なし)	いつ頃	
心臓病	(あり ・ なし)		
気管支喘息	(あり ・ なし)		
脳梗塞	(あり ・ なし)		
前立腺肥大	(あり ・ なし)		
アレルギー	(あり ・ なし)	手術歴	(あり ・ なし)
副作用	(あり ・ なし)	輸血歴	(あり ・ なし)
*アレルギーや副作用があった方は具体的にご記入ください			

■嗜好

タバコを吸いますか？	(はい ・ 歳で禁煙 ・ いいえ)
	1日()本 X ()年間
お酒を飲みますか？	(はい ・ いいえ)
	(毎日 ・ 日くらい/週 ・ 時々)
飲酒 種類・量()	

■ご希望の検査はございますか？

・心電図	・血管年齢	・心臓のエコー	・24時間記録心電図
・採血	・検尿	・胸のレントゲン	・その他()

<以下の項目は看護師が記入します>

血圧	mmHg	体温	°C
脈拍	拍/分	酸素飽和度	%
身長	cm	体重	kg