

## 問診表（循環器症状）

くにちか内科循環器・呼吸器クリニック

ふりがな			
氏名		男・女	職業：
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年	月 日 歳
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 ・高血圧 ・むくみ ・背部痛 ・健診異常 ・その他（ ）
・いつ頃から
★症状を自覚するのは？ ・階段など身体を動かすときに症状がある ・安静時に症状がある
★症状の多い時間帯は？ ・起床時 ・午前中 ・食前 ・食後 ・正午～夕方 ・寝る前 ・夜間
★気になることを記入してください  ※現在、妊娠の可能性はありますか（はい・いいえ） 授乳中（はい・いいえ） ※介護保険を申請していますか（はい・いいえ） 種類（要支援 要介護）

■服薬中の薬（あり・なし）サプリメント含む

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）	前立腺肥大	（あり・なし）	病名	いつ頃
糖尿病	（あり・なし）	緑内障	（あり・なし）	手術歴	輸血歴
心臓病	（あり・なし）	アレルギー	（あり・なし）		
気管支喘息	（あり・なし）	副鼻腔炎	（あり・なし）		
脳梗塞	（あり・なし）	花粉症	（あり・なし）	（あり・なし）	（あり・なし）

※アレルギーや薬の副作用がある方は具体的に記入ください

■嗜好

タバコを吸いますか	・はい…1日（ 本）×（ 年間） ・いいえ ・禁煙した… 歳頃
お酒を飲みますか	・はい…（ 毎日 ・ 日くらい/週 ・時々） 飲酒種類・量（ ） ・いいえ

■ご希望の検査はございますか

・心電図 ・血管年齢 ・心臓エコー ・24時間心電図 ・検尿 ・採血 ・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	℃
脈拍	拍/分	酸素飽和度	%
身長	cm	体重	kg
※ワクチン歴（肺炎球菌 インフルエンザ 新型コロナ）			
※感染症罹患歴（新型コロナ 年 月頃） ・なし			
※家族歴 ・HT（ ） ・DL（ ） ・DM（ ） ・CVA（ ）			