

みはら循環器内科問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	男	生年月日
氏 名	女	昭・平・令 年 月 日 才
住 所 〒 -		
電話番号	自宅	携帯

身長 cm 体重 kg 体温 °C 血圧・脈拍

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ☐ 同意した ☐ 同意しない	
■本日はどのような症状で受診されましたか？ 当てはまるものに☑をつけて下さい。	
☐ 息苦しい ☐ 胸が痛い ☐ 背中が痛い ☐ 動悸（ドキドキする） ☐ 脈が（速い・遅い） ☐ めまい ☐ 失神した ☐ むくみ（顔・下肢） ☐ 血圧（高い・低い） ☐ 心電図で異常を指摘 ☐ 気になることがある（ ☐ 血糖値 ☐ コレステロール ☐ 動脈硬化 ☐ 甲状腺 ☐ ） ☐ 風邪症状がある （ ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ のどが痛い ☐ 痰 ☐ 鼻水 ☐ ） ☐ お腹が痛い ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 健康診断で指摘された（ ） ☐ 他の医療機関からの紹介（紹介状 ある・ない） ☐ その他の症状（ ）	
■症状はいつからですか？	
☐ （ ）時間前から ☐ （ ）日前から ☐ （ ）ヶ月前から ☐ （ ）年前から ※今現在も症状はありますか（ ☐ ある ☐ ない）	
■現在、通院中の病院はありますか？ ☐ ない ☐ ある（病院名： ）	
■現在、内服しているお薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある（病名： ） ＊お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いいたします	
■今までかかった病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある（病名： ）	
■今まで手術を受けたことがありますか？ ☐ ない ☐ ある（部位 ）	
■今まで心臓の治療・手術を受けたことがありますか？ ☐ ない ☐ ある（ ）	
■血縁関係にあるご家族で下記の病気の方はいらっしゃいますか？ 例：心筋梗塞（父）	
心筋梗塞（ ） 狭心症（ ） 不整脈（ ） 突然死（ ） 脳血管疾患（ ） がん：部位（ ） 糖尿病（ ） 高血圧（ ） 脂質異常症（ ）	
■この1年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ ☐ いいえ ☐ はい	
■アレルギーはありますか？ ☐ ない	
☐ ある（食物： 薬： その他： ）	
■煙草は吸いますか？ ☐ 吸わない ☐ 以前吸っていた（ 才～ 才 本/日）	
☐ 吸う（ 才～ 才 本/日）	
■お酒は飲みますか？ ☐ 飲まない ☐ 機会飲酒（つきあい程度）	
☐ 飲む（何を 合・ml/日）	
■女性の方 現在妊娠中又はその可能性、授乳中 ☐ 該当しない ☐ 該当する	

当院は診療情報を取得・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をお願いいたします。