

みはら循環器内科問診票

記入日 令和 年 月 日

|             |        |                       |
|-------------|--------|-----------------------|
| ふりがな<br>氏 名 | 男<br>女 | 生年月日<br>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？ <input type="checkbox"/> 同意した <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸が痛い <input type="checkbox"/> 背中が痛い <input type="checkbox"/> 動悸（ドキドキする） <input type="checkbox"/> 脈が（速い・遅い）                                          |  |
| <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 失神した <input type="checkbox"/> むくみ（顔・下肢） <input type="checkbox"/> 血圧（高い・低い） <input type="checkbox"/> 心電図で異常を指摘                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 気になることがある（ <input type="checkbox"/> 血糖値 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> ）                    |  |
| <input type="checkbox"/> 風邪症状がある （ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> ） |  |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘された（ ） <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介（紹介状 ある・ない）                                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> その他の症状（ ）                                                                                                                                                                         |  |
| ■症状はいつからですか？                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> （ ）時間前から <input type="checkbox"/> （ ）日前から <input type="checkbox"/> （ ）ヶ月前から                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> （ ）年前から ※今現在も症状はありますか（ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない）                                                                                                   |  |
| ■現在、通院中の病院はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病院名： ）                                                                                                                           |  |
| ■現在、内服しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： ）<br>*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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： ）                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                            |  |
| ■今まで手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 |  |
| ■アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> ある（食物： 薬： その他： ）                                                                                                                                                                  |  |
| ■煙草は吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ 才～ 才 本/日）                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 吸う（ 才～ 才 本/日）                                                                                                                                                                     |  |
| ■お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 機会飲酒（つきあい程度）                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する                                                                                                                        |  |
| ※当院をお知りになったきっかけを教えてください                                                                                                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> ホームページ（検索キーワードは？ <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 症状や悩み）                                            |  |
| <input type="checkbox"/> ご紹介（紹介者名 ） <input type="checkbox"/> 雑誌や新聞の広告 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                      |  |

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。