

日本大学病院 循環器内科 予診票

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男・女

※外来診療を円滑に行うため、わかる範囲内で十分ですのでご記入をお願い致します。

1) 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？(○をして質問にお答えください)

血圧が高い (健診で指摘された・他院にて指摘された・その他())
 胸痛 (痛みは: 安静時・動いた時・どちらも、場所は: 全体的・局所的)
 動悸 (心臓の鼓動: 乱れる・速くなる、鼓動が強く感じる: はい・いいえ)
 息切れ・呼吸困難 (症状は安静時・動いた時、夜寝ていて苦しくて目が覚める: はい・いいえ)
 背部痛 (痛む場所は移動しますか: はい・いいえ、手のしびれ: あり・なし)
 むくみ (場所は: 足・手・顔・全身・その他)
 その他の症状 ()
 ※現在、その症状は続いていますか? はい・いいえ
 ※いつ頃から症状が出始めましたか? _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

2) 今までに、以下の病気と診断されたことがありますか? もしあれば○をしてください。

心筋梗塞 狭心症 不整脈 心臓弁膜症 脳卒中 肺血栓塞栓症 先天性心疾患 深部静脈血栓症 末梢動脈疾患
 気管支喘息 糖尿病 高血圧 脂質異常症 高尿酸血症 腎臓病 緑内障 前立腺肥大症 その他()

3) 今までに心臓の手術や処置を受けたことがありますか? はいの方、どのような手術や処置ですか。

心臓カテーテル(ステント留置) 冠動脈バイパス術 弁膜症手術 ペースメーカー植込み術 その他()

4) 現在、他の医療機関に通院していますか? はい・いいえ

はいの方、どちらに通院していますか?
 病院・医院名 () 診療科 () 病名 ()

5) お薬について伺います。

現在服用しているお薬はありますか? はい・いいえ
 はいの方、種類と量がわかれば教えてください。またはお薬手帳をお持ちでしたらお預けください。
 ()
 お薬を服用して今までアレルギー症状が現れたことがありますか? はい・いいえ
 はいの方 どのようなお薬が教えてください。 ()

6) 家族歴について伺います。

ご両親、ご兄弟に以下の病気の方がいればどなたか教えてください。例: 心筋梗塞(父)
 心筋梗塞() 狭心症() 不整脈() 突然死() 糖尿病() 高血圧() 脂質異常症()

7) 嗜好について伺います。

タバコを吸いますか? または過去に吸っていましたか? はい・いいえ
 はいの方、どの位喫煙しますか? (_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳まで _____ 年間)
 お酒を飲みますか? はい・いいえ
 はいの方どの位飲みますか? 何を() どの位の量() 頻度()

8) 1年以内に健康診断を受けましたか? はい・いいえ

9) 女性の方に伺います。

現在妊娠中またはその可能性はありますか? はい・いいえ・不明 授乳中ですか? はい・いいえ