

問診票

/ 枚

ID 名前 職業
・身長 cm、 体重 Kg、 腹囲 cm

●これまで指摘された病気、かかったことのある病気にチェックしてください。

- なし 糖尿病 高血圧 脂質異常(高 LDL・高中性脂肪・低 HDL) 気管支ぜんそく
腎臓病(腎不全・人工透析) 肝臓疾患(肝硬変・肝炎・脂肪肝) 緑内障 難聴
甲状腺疾患(甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症)
心臓疾患(狭心症、不整脈、弁膜症など)→具体的に:(_____)
脳血管障害(脳梗塞・脳出血など)→具体的に:(_____)
手術歴→具体的に:(_____)
その他の病気→具体的に:(_____)

●これまでに下記の検査を受けたことがありますか？ 検査日・結果がわかりましたら記入を。

- なし 心臓超音波(エコー)検査 運動負荷検査 ホルター24時間心電図
心臓カテーテル検査 冠動脈(心臓)CT 検査 造影剤を使用した検査

検査日・結果

●現在通院中の医療機関はありますか？

なし あり → おくすり手帳をご提出ください。

病院名診療科(_____)、治療中の病名(_____)

病院名診療科(_____)、治療中の病名(_____)

●下記の質問にお答えください。

意識を失ったことはありますか？

なし あり→具体的な状況(_____)

アレルギーはありますか？

なし あり→(_____)

血縁関係のある方で心臓病(狭心症・心筋梗塞・心筋症など)、脳血管障害(脳梗塞・脳出血など)、動脈疾患(大動脈瘤・大動脈解離など)のある方、あるいは突然死された方はいますか？

なし あり →どなたが何という病気(_____)

血縁関係のある方で糖尿病、高血圧、脂質異常のある方はいますか？

なし あり →どなたが何という病気(_____)

喫煙習慣はありますか？

煙草を吸ったことは一度もない

今も吸っている →(1日 _____ 本、 _____ 歳から現在まで _____ 年間)

過去に吸っていた →(1日 _____ 本、 _____ 歳から _____ 歳まで _____ 年間)

受動喫煙の環境はありますか？(配偶者喫煙、パチンコ店へ行くなど)

なし あり →(_____)

アルコールの習慣的摂取はありますか？

なし あり →週に _____ 日(ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキー)を _____ ml

●以下の質問にお答えください。

これまでに突然意識を失った経験がありますか？

なし あり→どのような状況だったか詳しく()

これまでに心電図検査で異常を指摘されたことがありますか？

なし あり→所見()

●動悸・不整脈について

自覚症状はありますか？

自覚症状なし 自覚症状あり →以下の質問へお進みください。

症状はいつから出るようになりましたか？ → 西暦_____年_____月_____日

どのような症状ですか？

脈拍がいつもはやい 脈拍が一過性にはよくなる 脈がときどきぬける脈拍がバラバラ不規則にうつ 脈拍数は普通だがドクン、ドクン強く感じるその他→具体的に()

症状の強さはどのくらいですか？

脈をとればわかる(とらなければわからない)夜中や静かにしている時になら自覚できる脈に触れなくても、明らかな自覚症状がある(軽度～中等度)耐えられないほど強い症状があるその他→具体的に()

症状はどのくらいの時間続きますか？

瞬間的 1分間以内 ____分間くらい ____時間くらい それ以上()

症状がある際の脈拍をはかったことはありますか？

ない ある →1分間あたり____回

症状の頻度はどのくらいですか？

初めて 年に____回 月に____回 週に____回 1日に____回その他()

●めまい・ふらつきについて

どのような症状ですか？

なし 天井がぐるぐる回って吐き気がする ふらふらしてまっすぐ歩けない立ち上がった時、頭の向きを変えたりしたときにくらっとする 足腰に力が入らず起き上がれないしっかり立っていることが出来ず倒れそうになる 一瞬意識が遠のく感じがして倒れそうになる一瞬目の前が真っ暗になる その他()

症状はいつから出るようになりましたか？ → 西暦_____年_____月_____日

症状の頻度はどのくらいですか？

初めて 年に____回 月に____回 週に____回 1日に____回その他()