

# 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