

ID _____ 名前 _____ 職業 _____

●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(_____)、治療中の病気(_____)

病院名診療科(_____)、治療中の病気(_____)

●これまでに下記の検査を受けたことがありますか？

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

受けた施設名と結果:

●下記の質問にお答えください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(_____)
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 今も吸っている(1日____本、____歳～現在まで____年間) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(1日____本、____歳～____歳まで____年間) <input type="checkbox"/> 一度も吸ったことはない
アルコール習慣的摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→週に____日(1日に何をどのくらい:_____)
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
脂質異常症 (高LDL・高中性脂肪・低HDL)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
高血圧症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
その他既往歴	その他治療歴を含む疾患(記入例:狭心症 60歳 医療センターにてカテーテル手術)
家族歴 血縁関係のある方に右の病気があればチェックして具体的に記載して下さい。 (※記入例 ☑心筋梗塞(父 60歳))	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 突然死(____歳) <input type="checkbox"/> 狭心症(____歳) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(____歳) <input type="checkbox"/> 心臓病(____歳) <input type="checkbox"/> 脳梗塞(____歳) <input type="checkbox"/> 脳出血(____歳) <input type="checkbox"/> くも膜下出血(____歳) <input type="checkbox"/> 脳卒中(____歳) <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症(____歳) <input type="checkbox"/> 大動脈瘤(____歳) <input type="checkbox"/> 大動脈解離(____歳)