

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：

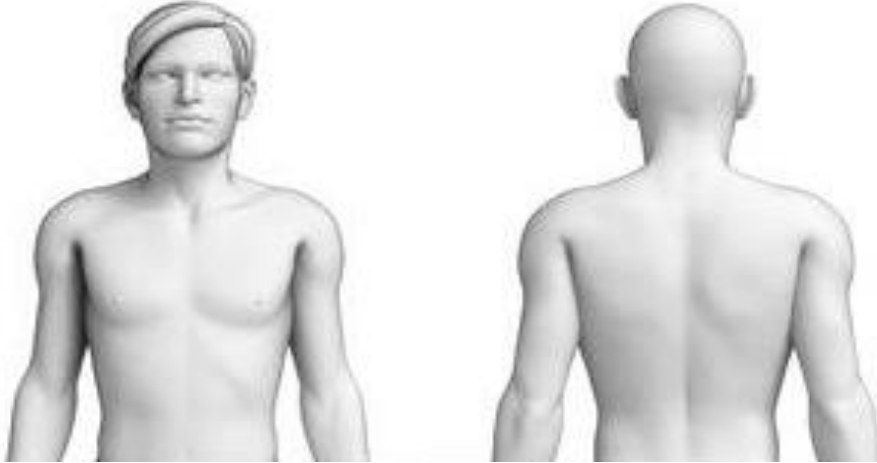
●下記の質問にお答えください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(_____)
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 一度も吸ったことはない <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)
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)

【胸痛】

/

● 痛みの場所はどこですか、図にその位置を示して下さい。



● これまでで一番強かった胸痛について記入して下さい

いつ	____月____日____時ごろ
何をしていましたか？ (具体的に)	
どんな胸痛	<input type="checkbox"/> 激しい痛み <input type="checkbox"/> 締め付け <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> チクチク <input type="checkbox"/> 刺すような痛み <input type="checkbox"/> 押すと痛い <input type="checkbox"/> 深呼吸すると痛い <input type="checkbox"/> その他(_____)
動作は続けられましたか？	<input type="checkbox"/> 動けず、会話も出来ない <input type="checkbox"/> 動けないが、会話くらいはできる <input type="checkbox"/> 歩く程度ならできる <input type="checkbox"/> 問題なく動ける
痛みの継続時間	<input type="checkbox"/> 瞬時的 <input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 1時間以内(____分) <input type="checkbox"/> それ以上 (____時間)
冷汗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

● 胸痛の経過について記入して下さい

直近の胸痛はいつですか？	西暦____年____月____日
最初の胸痛はいつですか？	西暦____年____月____日
どんなときに胸痛がでますか？	<input type="checkbox"/> 労作時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 特にきっかけはない → 労作時の方は具体的にどんなときですか？ (_____)
胸痛の頻度 (記入例: <input checked="" type="checkbox"/> 1日に/3回)	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 1日に <input type="checkbox"/> 週に <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 年に / _____回
頻度の経過	<input type="checkbox"/> 増えている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている
痛みの強さ	<input type="checkbox"/> 強くなってきている <input type="checkbox"/> 同程度 <input type="checkbox"/> 軽くなってきている
痛みが集中する時間帯	<input type="checkbox"/> 早朝～午前中 <input type="checkbox"/> 昼間の活動時 <input type="checkbox"/> 夜間や安静時 <input type="checkbox"/> 特にない
ニトロは効きましたか？	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> ニトロが効いた → (____分後に痛みが消失) <input type="checkbox"/> 効かなかった <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない