

問診票 初診年月日 20 年 月 日 たにざき 循環器内科クリニック

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名		男・女	身長 (cm)	体重 (kg)
住 所 〒				
連絡先 電話	()	職業	()	

- ① 本日お越しになった理由を教えてください。
 (胸が痛い、ドキドキする、息が切れる、血圧が高い、健診で異常を指摘されたなど・・・)
- ② その症状はいつ頃から起こるようになりましたか。
- ③ どんな時に、どのぐらいの時間、またどの程度の頻度(週に数回など)で起こりますか。
- ④ 現在治療中、過去に治療を受けた病気を教えてください。
 (〇歳～高血圧で薬を飲んでいる、手術の経験など・・・)
- ⑤ 食べ物・薬のアレルギー、花粉症・喘息の有無を教えてください。
 アレルギー 無し・有り ()
 花粉症 無し・有り 気管支喘息 無し・有り
- ⑥ 生活習慣に関する質問です。
 タバコ 吸ったことがない・吸っている(1日 本 歳から)・禁煙した(歳から)
 お酒 飲まない・飲む ()
- ⑦ ご家族の病気を教えてください。()内に続柄を記入してください。
 心臓の病気 () 高血圧 () 糖尿病 () 脳卒中 ()
 突然死 () がん () その他 ()
- ⑧ 当院来院のきっかけを教えてください。
クリニックの看板をみて ホームページなどをみて チラシをみて
病院からの紹介(病院名:) 家族・知人からの紹介
その他 ()