

問診票（循環器外来）

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日(才 ヲ月)
氏名		男・女	
住所	〒		
電話番号			

1. 受診のきっかけを教えてください。

- 乳幼児健診で異常を指摘された 学校心臓検診で異常を指摘された
 紹介医で精査を勧められた もともとフォローされている
 その他

2. 指摘されている異常を教えてください

- 心雑音 不整脈 心電図異常 川崎病罹患後
 先天性心疾患(病名：)
 その他

3. 以下の症状で当てはまるものにチェックを入れてください。

- 胸が痛い 心臓がドキドキする
 脈が飛んでいる気がする 気を失ったことがある

4. その症状はいつから始まってどのくらいの頻度ですか？

5. 気を失ったことはありますか？ はい いいえ

6. 突然死(30歳未満で原因不明)の家族歴はありますか？ はい いいえ

7. 家族、親戚に心臓病の方はおられますか？ はい() いいえ

8. 運動部やスポーツクラブに入ってますか？ はい() いいえ

9. 以下で当てはまるものがあれば記載してください。

- ・定期的にかかっている病気 ()
- ・定期的に処方されている薬 ()
- ・過去にかかった大きな病気 ()
- ・薬や食べ物のアレルギー ()

10. 他に心配な事がありますか？

[]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

*医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）