

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名 _____ 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg 年齢 _____ 才

1. 診療情報の取得に関して、必ずご記入ください

- 当院は診療情報を取得・活用するにより、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またはオンライン資格確認にご協力をお願いいたします。

情報取得に 同意する ・ 同意しない

2. あなたは、どのような理由で当科を受診されましたか？（当てはまるものすべて）

動悸 息切れ 胸の痛み 脈の乱れ むくみ 体重増加 精密検査目的 無症状
 その他（ _____ ）

症状は、いつからですか？（例 H30年1月5日頃から）

3. 今までにかかったことのある病気を○で囲み、発症した年齢を書いてください。

心臓の病気（ 心筋梗塞/狭心症： _____ 才，不整脈： _____ 才，心不全： _____ 才，
その他： _____ ）
がん（ _____ 才，部位： _____ ，治療状況： _____ /
_____ 才，部位： _____ ，治療状況： _____ ）
肺の病気（ 肺気腫： _____ 才，喘息： _____ 才，その他： _____ ）
脳の病気（ _____ 才， _____ ）
肝臓病（ _____ 才），腎臓病（ _____ 才），リウマチ・膠原病（ _____ 才）
その他の病気・ケガ・手術（ _____ ）

4. 今までに、食べ物・飲み物・注射・点眼薬などでアレルギー症状（発疹、気分不良、ショックなど）を起こしたことはありますか？（ はい いいえ ）

内容 _____

5. タバコは吸いますか？診断のために大事な情報ですので、**正直に**お答えください。

現在も吸っている（ 1日 _____ 本）（ _____ 才～ _____ ）（ _____ 年間）
 以前に吸っていた（ 1日 _____ 本）（ _____ 才～ _____ 才）（ _____ 年間）
 一度も吸ったことがない

6. 同居家族や職場でタバコを吸っている人はいますか？（ いる いない ）

7. お酒は飲みますか？

ほぼ毎日飲む（種類： _____ ， 1日に飲む量： _____ ） 機会があれば飲む 飲まない



8. 現在、病院からのお薬や健康食品、サプリメントを飲んでいますか？（はい いいえ）

お薬がある場合は、処方されている病院名を書いて、お薬手帳を提示してください。

（例 愛大の内科、〇〇クリニック など）

9. 血のつながった方（両親・兄弟・祖父母・子供）の中で心臓の病気の方はいらっしゃいますか？

いる場合は該当の病気を○で囲んでください。

いる（心筋梗塞，狭心症，不整脈，弁膜症，その他： _____） いない

10. 若くして（40～60 歳くらい）突然亡くなったご家族はいらっしゃいますか？

いる いない

11. 近くにかかりつけの病院はありますか？

あり（病院名： _____） なし

12. 肺炎球菌ワクチンを接種しましたか？

はい（病院名： _____） いいえ

いつ頃： _____ ワクチンの種類：ニューモバックス・プレベナー・分からない

13. 家族構成を教えてください。

※ご存命の方のみご記入ください。

同居している方： _____

西条市内に住んでいる方： _____

愛媛県内に住んでいる方： _____

その他： _____

キーパーソン（症状説明を一緒にきいていただく方）はどなたですか？

ありがとうございました。