

問診表

氏名 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日生 年齢 _____ 才
身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 既往歴・現病歴

- (1) 定期的な健康診断を受けていますか。 はい いいえ
- (2) 次のようなことを指摘されたことがありますか。“はい”と答えられた方は、そのときの年齢もお書き下さい。
- ① 血圧が高い。 はい (歳: _____) いいえ
- ② 糖尿病がある。血糖が高い。 はい (歳: _____) いいえ
- ③ 血液中のコレステロールや脂肪が高い はい (歳: _____) いいえ
- ④ 痛風がある。尿酸が高い。 はい (歳: _____) いいえ
- ⑤ 心臓の病気もしくは心臓の異常を指摘されたことがある。 はい (歳: 病名 _____) いいえ
- ⑥ 脳卒中になったことがある。 はい (歳: _____) いいえ
- ⑦ 貧血がある。(血液検査で) はい (歳: _____) いいえ
- ⑧ 骨粗鬆症がある。 はい (歳: _____) いいえ
- (3) 今までにかかった病気や手術がありましたら、病名とその時の年齢をお書き下さい。(幼児期の川崎病、喘息、蛋白尿なども含めてお書き下さい。)
- (病名・手術名 _____) (歳 _____)
- (4) 現在医師にかかっていますか。 はい いいえ
- “はい”と答えられた方は病名はなんですか？
- 病名 (_____) (歳 _____)
- (5) 現在服用している薬はありますか。 はい いいえ
- “はい”と答えられた方は、その薬は何の薬ですか？
- 医師の処方薬 (_____)
- 薬局で買える薬 (_____)
- サプリメント (_____)
- (6) たばこは吸いますか。もしくは吸っていましたか。
- はい (喫煙歴: _____) いいえ

(7) 次のような症状がありますか？“はい”とこたえられたかたは、どのような時に症状があるのか○をつけて下さい。

①胸が痛くなったり苦しくなったりする。

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

②息が苦しくなる

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

③ドキドキしたり脈が飛んだりする

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

④意識がもうろうとしたり、失ったりする

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

⑤めまいや立ちくらみがある

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

⑥筋肉や関節（膝や腰）が痛くなる。

はい（運動時・興奮時・安静時・その他）

いいえ

(8) 現在健康のことでなにか困っていることがあればお書き下さい

2.家族歴

ご家族についての質問です。次の病気になった方がいらっしゃったら、○をつけ、発症年齢もお書きください。

(1)突然死（病気になって1日以内になくなった場合）

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

(2)心筋梗塞や狭心症

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

(3)脳卒中

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

(4)高血圧

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

(5)糖尿病

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

(6)高脂血症

はい（父、母、兄妹 歳）

いいえ

わからない

上記記載に相違はありません。

年 月 日

氏名

印・サイン