問　診　票

内科・循環器内科
杉山循環器クリニック

ふりがな		男	生年	明大	年　月　日（　歳）		
お名前		女	月日	昭平			
現住所	〒　　市　　区						
携帯電話		固定電話					
身長	cm	体重	kg	職業		体温	℃

※ご本人以外の緊急連絡先	電話番号	お名前　　続柄

1．どのような症状ですか？　○をつけてください。また、それはいつごろからですか？

	症　状	いつから
風邪症状	発熱（　℃）・頭痛・せき・たん・鼻水・鼻づまり・のどの痛み その他（　）	
胸部症状	胸痛　・　息切れ・動悸　・　その他（　）	
腹部症状	腹痛　・　食欲不振　・　はきけ　・　下痢　・　その他（　）	
健康診断の再検査		
その他		

2．今回の症状で、他の病院の診療を受けましたか？（　はい　・　いいえ　）
　はいの方・・・　医療機関名（　）病名（　）
　いつ（　）　投薬（　あり　・　なし　）

3．現在、他にかかっている医療機関はありますか？（　はい　・　いいえ　）
　はいの方・・・　医療機関名（　）病名（　）
　服用中の薬（　）

4．健診を受けていますか？（　はい［　今年・　去年・　それ以前　　年頃］・　いいえ　）

5．今までに大きな病気、手術を受けたことがありますか？（　はい　・　いいえ　）
　はいの方・・・病名（　）　いつごろ（　）

6．今までに薬、注射や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？（　はい　・　いいえ　）
　はいの方・・・（　）

7．肉親で次のような病気の方はいますか？（　はい　・　いいえ　）
　はいの方・・・　高血圧　・　糖尿病　・　心臓病　・　癌　・　脳卒中などの脳血管障害

8．日常生活について
　・酒　　飲まない　・　飲む（ビール・日本酒・ウイスキーを＿＿日に＿＿缶・合・杯）
　・タバコ　吸わない　・　吸う（1日に＿＿本、＿＿歳頃から）

9．成人女性の方へ・・・妊娠の可能性はありますか？　（　はい　・　いいえ　）
　最終月経は？　　＿＿月＿＿日
　授乳中ですか？　（　はい　・　いいえ　）　閉経はいつですか？　＿＿歳頃