

心臓血管外科問診票

初めて心臓血管外科を受診される方はご記入下さい。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男 ・ 女)

1. 身長()cm 体重()kg
体温()℃ 脈拍()回/分 血圧()mmHg

2. 今日どのような症状で来院されましたか？

①どのような症状ですか()

②いつ頃からそのような症状が始まりましたか？
()

③その症状のために他院の診察や治療を受けましたか？
・はい 病院名() 病名()

・いいえ

3. 今までに入院・手術・内服治療を受けたことがありますか？

・はい 年 月 病名()
年 月 病名()
年 月 病名()

・いいえ

4. 現在飲まれている薬はありますか？

・ある 年 月 病名()
年 月 病名()
年 月 病名()

・ない

* お薬手帳やお薬の説明用紙をお持ちの方は診察時に看護師に提出して下さい。

5. 嗜好品について(1日あたり)

酒()合、ビール()本、ウイスキー()杯、タバコ()本

6. アレルギーについて

今までに薬や注射で具合が悪くなった事や、食べ物により蕁麻疹がでたことがありますか？

・はい()

・いいえ



* 1 2 0 6 0 1 0 0 0 3 0 0 1 *

* ご記入ありがとうございました。