

(年) 受診歴あり
なし

問診票

(ID:)

病院記載欄

ふりがな		CD-R	
氏名		X-P/CT	
		心電図	
		ホルター	
		他()	
生年月日	T・S・H・R	男・女	
年 月 日 歳		他()	
現住所	〒		
電話番号	(自宅) (携帯電話)		
身長	cm	体重	kg
1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい・いいえ			
2. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか はい・いいえ			
マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は記載不要です			
健診受診日 () 指摘事項()			
3. 本日はどのような症状(理由)で来院されましたか			
☐ 胸痛 ☐ 胸部違和感 ☐ 動悸 ☐ 不整脈 ☐ 息切れ ☐ めまい ☐ 健診異常			
☐ その他()			
4. その症状はいつからですか			
5. 現在もその症状が続いていますか はい・いいえ			

裏面もご記入をお願いします

6. 現在治療中の病気や今までにされた病気・手術、入院等がありますか

病名	時期・年齢	病院名
病名	時期・年齢	病院名
病名	時期・年齢	病院名
病名	時期・年齢	病院名
病名	時期・年齢	病院名

7. 現在のかかりつけの病院名と、服用されている薬を教えてください

※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いします。(その場合、記載は不要です)

病院名			
薬剤名			

8. 薬・食品等でアレルギーはありますか

☐ はい 薬品・食品() 症状() ☐ いいえ

9. たばこを吸いますか

☐ 吸う(1日 本) ☐ 吸わない ☐ 禁煙した(いつから)

10. お酒を飲みますか

☐ 飲む 1日 日本酒() 合 ・ ビール() ml ・ その他() ☐ 飲まない

11. ご両親、ご兄弟、お子様に下記の病歴の方はいますか

心筋梗塞() 狭心症() 不整脈() 突然死() 高血圧() 高脂血症()
糖尿病() その他() 例: 心筋梗塞(父)

12. 現在、発熱、咳、のどの痛みなどの風邪症状はありますか

はい ・ いいえ

13. 12で はい と答えられた方は、周囲に上記症状のある方はいますか

はい ・ いいえ

14. 女性の方 現在妊娠の可能性はありますか

はい ・ いいえ