

(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下記の記載不要です			
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. ご両親、ご兄弟、お子様に下記の病歴の方はいますか ☐ いいえ ☐ はい

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)

9. 薬・食品等でアレルギーはありますか

☐ いいえ ☐ はい 薬品名・食品名() 症状()

10. たばこを吸いますか

☐ 吸わない ☐ 吸う (1日 本) ☐ 禁煙した (いつから)

11. お酒を飲みますか

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

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