

心リハ外来問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 動悸 息苦しい・息切れ 胸が痛む 脈が速い・遅い 血圧が高い 血圧が低い
 むくみ 背中が痛い 頭痛 熱（ °C） 鼻水・鼻づまり 咳・たん 吐き気
 めまい・ふらつき 心臓リハビリ その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

（※動悸や胸の痛み、背中痛みがある方へ）今も動悸や痛みはありますか？ 今はない 今もある

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息
 脳卒中 癌（部位 ） その他（ ）

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり（ ）

ご家族（血縁のかた）に病気の方がいますか？

- なし 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 癌 その他（ ）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

- なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙： 吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒： 飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

- なし あり（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい（ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ 看板 知人 通りがかり 紹介（ ） その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。