

## 心臓血管外科外来受診の患者さんへ

これからの診察や治療をお受けになる前にお答え下さい。

記載日： 年 月 日

1. お名前 \_\_\_\_\_
2. お体の、どこが、いつから、どのように調子が悪いのですか。あるいは、どこを、どのように指摘されて来院されましたか。

- 
3. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？（はい・いいえ）○印  
かかったことのある病気についてお答え下さい。

病名（ \_\_\_\_\_ ）

いつごろですか（ \_\_\_\_\_ ）頃

以下の病気にかかったことはありますか？

高血圧（はい・いいえ） 腎臓病（はい・いいえ）

心臓病（はい・いいえ） 糖尿病（はい・いいえ）

喘息（はい・いいえ） 脳血管疾患（はい・いいえ）

胃潰瘍（はい・いいえ） 耳鼻科疾患（はい・いいえ）

肝臓病（はい・いいえ） 皮膚科疾患（はい・いいえ）

骨折・けが（はい・いいえ） 婦人科疾患（はい・いいえ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 現在のんでいる薬がありますか？（はい・いいえ）

その薬の名前がわかればお書き下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

5. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？（はい・いいえ）

原因はわかりますか？薬の種類・食べ物など、わかればお書き下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

6. 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

どのような手術でしたか？

（ \_\_\_\_\_ ）

7. 輸血を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

何を、どのくらい輸血しましたか？（わかる範囲で結構です）

（ \_\_\_\_\_ 本・ml）

8. タバコをすいますか？（はい・いいえ） 1日何本ですか？（ \_\_\_\_\_ 本/日）

何年間すっていますか？（ \_\_\_\_\_ 年間）

現在禁煙している方は、何年前から禁煙していますか？（ \_\_\_\_\_ 年前から）

9. 女性の方に。現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

（はい 出産予定日：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・いいえ・不明・閉経）

レントゲン検査や薬をのむ時に大切なことですので必ずお答え下さい。

10. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

はい（指摘事項： \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。昭和大学心臓血管外科

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。