

年 月 日

# 心臓血管外科問診票 《自身の連絡先》

(携帯)

(自宅)

(氏名)

(年齢) 歳

(性別) 男・女

① 本日は、どのような症状でお越しですか？ 下記の該当箇所に○を付けて下さい。

静脈瘤 (部位: ) 血管がポコポコしている 足がつりやすい 痒みがある  
足のだるさがある 色素着色がある むくみがある 潰瘍がある  
その他( )

透析について (シャント不全・シャント造設)

足の動脈硬化症 (部位: ) ・足が冷たい ・足の痺れ  
・歩いていると途中で足のふくろはぎが痛くなり歩けなくなる。  
・足が痛くて眠れないことがある。  
・足先にできた傷がなおりにくい。  
・その他( )

② 上記の症状は、いつ頃からありますか？ ( ) 頃から)

③ 以前に上記の症状で治療を受けたことはありますか？  はい  いいえ

※「はい」の方…いつ頃( ) 医療機関名( )

④ 現在、当院または他の医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい (  当院  他院 《診療科: 内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他》 )

※「はい」の方は、下記の対象病名に○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳疾患 前立腺肥大

その他( )

・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？

いいえ  はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

★裏面に続きます

⑤現在、服用中のお薬はありますか？

なし あり ※「あり」の方でお薬手帳をお持ちの方は、ご提出をお願いします。

( 薬剤名 : )

⑥お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし あり…薬剤名・食べ物( ) 症状( )

⑦女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？

不明 なし あり…( 週目)

⑧喫煙歴について教えてください。

喫煙歴なし

喫煙しているorしていた

・現在 ( も喫煙 ・ は禁煙【 年前から 】) している。

・何歳から喫煙し始め、何歳までしていましたか？

( 歳から 歳までor現在まで )

⑨マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1 4点(マイナ保険証の利用がない場合)

加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)