

お名前		男・女	年齢	歳
			ご職業	

1 ご家族に心臓病の人はいますか？ [はい | いいえ]
 [祖父 | 祖母 | 実父 | 実母 | 兄弟 | 姉妹]
 また、ご家族に突然亡くなられた方はいますか？ [はい | いいえ]

2 下記事項について言われたことがありますか？ [はい | いいえ]
 [高血圧 | 高コレステロール | 中性脂肪 | 糖尿病] → (分かれば)お薬名【 _____ 】

3 下記の診断をされたことはありますか？ [はい | いいえ]
 [しんきんこうそく 心筋梗塞 | きょうしんしょう 狭心症 | ふせいみやく 不整脈 | べんまくしょう 弁膜症 | せんてんせい 先天性の疾患 | しつかん 肺塞栓 | しんぶじょうみやくけつせんしょう 深部静脈血栓症]
 [のうしつかん 脳疾患 | じんぞうびょう 腎臓病 | りよくないしょう 緑内障 | ぜんそく 喘息 (現在治療中 | 小児喘息のみ)]

4 過去に心臓手術をうけたことがありますか？ [はい | いいえ]
 [しんきんかたてーる 心臓カテーテル | じんこうべん 人工弁 | ぺーすメーカー ペースメーカー植込 | ステント治療 | だいどうみやくりゆう 大動脈瘤 | 不整脈治療 | その他]

5 アレルギーはありますか？ [はい | いいえ]
 [花粉症 | 薬剤 | 食べ物 | その他] 具体的に【 _____ 】

6 タバコを吸う習慣はありますか？ [はい | いいえ]
 現在1日に【 _____ 】本、【 _____ 】年間吸っている。または【 _____ 】年前に禁煙、それまでは1日に【 _____ 】本

7 お酒を飲む習慣はありますか？ [はい | いいえ]
 [ほぼ毎日 | ときどき | おつきあい程度] → 種類：【 _____ 】を、週に【 _____ 】日くらい飲む

8 普段運動の習慣はありますか？ [はい | いいえ]
 [内容： _____ 頻度：【 _____ 】月 | 週 | 日あたり / 【 _____ 】回]
 また、1日の主な活動(動作)について教えてください。
 [デスクワーク(座って作業)が多い【 _____ 】時間 | 身体を動かすこと(立ち作業)が多い【 _____ 】時間]

9 閉所恐怖症(せまいところが苦手)ですか？ [はい | いいえ]
 また、体内に金属はありますか？ [はい | いいえ]
 [インプラント | 入れ歯 | 銀歯 | ステント | その他：【 _____ 】]

10 胸の痛みや重い感じ、息苦しい感じがありますか？ [はい | いいえ]
 それはいつからですか？【 _____ 】年前 | ヶ月前 | 日前
 ・症状の頻度： [時々 / 1か月に【 _____ 】回 | よくある / 1週間に【 _____ 】回 | 毎日]
 ・症状の程度： [軽い | 中くらい | 強い]
 ・症状の種類： [圧迫感 | 重い | 締め付け | チクチク | ドキドキ | ズキン | 胸苦しい]
 ・発生する時間帯： [早朝 | 午前 | 午後 | 時間関係なし]
 ・起こるタイミング： [運動時 | 労作時 | 安静時] が多い
 ・症状は最近ひどくなっていますか？ [はい | いいえ]
 ・他に関連する症状はありますか？ [はい | いいえ]
 [左肩痛 | 左腕痛 | 顎 | 歯痛 | 冷汗 | 吐き気 | 意識が遠くなる]

11 睡眠について教えてください。
 【 _____ 】時ごろ就寝、【 _____ 】時ごろ起床。睡眠の質は [良い | 普通 | 悪い]

12 【女性の方へ】 閉経 [している | していない] 妊娠の可能性 [あり【 _____ 週】 | なし]

13 その他気になることがあれば簡単にご記入ください。