

4 今までに心臓の治療をしたことはありますか？

病名	いつ頃	現在の状況
狭心症	年 月	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> バイパス術 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 経過観察
心筋梗塞	年 月	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> バイパス術 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 経過観察
心臓弁膜症	年 月	<input type="checkbox"/> 弁置換術 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 経過観察
不整脈	年 月	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 経過観察
	年 月	

5 現在、服用している薬はありますか？

ない ある（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。）



エストロゲン含有製剤（ピルなど）を内服していますか？

していない している（薬剤名： _____）

6 薬や食べ物、金属でアレルギー反応を起こしたことはありますか？

ない ある（アレルギー物質： _____）

7 輸血を受けたことはありますか？

ない ある（ _____ 年頃に _____ 回）

8 血縁関係にある家族で心臓や脳の病気をお持ちの方はいますか？

いない いる（続柄： _____ 病名： _____）

9 飲酒はしますか？

しない する（飲酒量： _____）

10 喫煙はしますか？

しない 禁煙した（ _____ 年前まで _____ 本/日） する（喫煙量： _____ 本/日）

11 食事は規則的ですか？

規則的 不規則

12 体重に変化はありますか？

ない 減った（ _____ 間に _____ kg） 増えた（ _____ 間に _____ kg）

13 睡眠は十分ですか？

よく眠れる 眠れない よく目が覚める

14 その他医師に伝えたいことはありますか？

[_____]

～ご協力ありがとうございました。

恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください。～