

高血圧・問診票

受付日時..... 受付時間..... 氏名：.....

【高血圧で初めて受診された方へ】

追記欄

◎ いつから血圧が高くなりましたか？

.....

◎ 最近、生活に変化がありましたか？

(仕事、ストレス、睡眠時間、体重など)

.....

◎ 現在、他の病院で治療中の病気がありますか？ (病名 / 病院)

.....

◎ 薬、サプリメント、漢方薬などを服用されていますか？

.....

◎ 過去に病気で治療や手術を受けたことがありますか？ (病名 / 時期)

.....

◎ 血縁者に高血圧、狭心症、心筋梗塞、脳卒中の方がいますか？

.....

◎ 薬のアレルギーはありますか？ ⇒ 何の薬でアレルギーがありましたか？

(はい いいえ)

◎ お酒を飲みますか？ ⇒ どれ位のお酒を週何回、飲みますか？

(はい いいえ)

◎ タバコを吸いますか？ ⇒ 一日に何本位、吸っていますか？

(はい 禁煙 いいえ)

本/日

◎ 普段の歩行や運動量はどれ位ですか？ (歩行時間や運動の種類、一週間の回数など)

◎ 睡眠は良好ですか？ ⇒ (はい ますます いいえ 眠剤使用)

「いびき」や「無呼吸」を指摘されたことが有りますか？ ⇒ (はい いいえ)

◎ 月経は順調ですか？ ⇒ (はい 不順 治療中 閉経後)

◎ 現在妊娠中ですか？ ⇒ (はい 可能性あり いいえ)

◎ どなたのご紹介ですか？

⇒ (紹介者..... ・館内案内・医療マップ・インターネット・紹介なし)