

心臓病センター(失神外来) 問診票1/2

フリガナ お名前		男・女	職業	下記↓は看護師使用欄です		
				:	T	P
身長	cm	体重	kg	年齢	歳	BP / SpO2

書類や検査データ等持参(有・無)どちらかに○ 有の場合は、事前に外来受付に提出するようにお願いいたします。

【1】最後に失神が起きた(気絶した)のはいつですか？

平成 年 月 日 頃

【2】今回の失神(気絶)以外にも同様の症状がありましたか

最初の症状 年 月 日 頃 現在までの回数 回

2年前からの回数 回 1年前からの回数 回

6か月前からの回数 回

【3】どのくらいの時間失神(気絶)していたかわかりますか

分 秒 程度

【4】失神が起きる前に何をしていましたか。当てはまるものに☑をして下さい。

- 立ち上がってから数分以内 しばらく立った状態でいた()分後
- 排便・排尿の直後 お酒を飲んでいて 食事の直後 腕を動かしていた
- 入浴中または入浴直後 咳をしていた 首を回したり、首の周りを刺激したりした
- 運動中(歩行を含む)、運動直後 精神的にショックなことがあった 座っていた
- その他()

【5】失神が起きる前に以下のような症状を感じましたか。当てはまるものに☑をして下さい。

- 目の前が暗くなった 顔面蒼白 動悸
- 発汗 めまい 嘔気・嘔吐
- 倦怠感 頭痛 腹痛などのお腹の症状
- 胸痛 その他()

【6】失神(気絶)時に痙攣がありましたか？

- はい いいえ わからない

【7】失神(気絶)から回復した後、以下の症状がありましたか(複数回答可)

- 吐気あり 発汗あり 一時的な記憶障害 なし

【8】失神(気絶)した時、転ぶなどして怪我をしましたか。どこかをぶつけたような痛みはありますか。

また、舌をかんだりはしませんでしたか。

- 転んだ 舌をかんだ 筋肉痛 部位 _____
- 怪我やぶつけたような痛みがある 部位 _____ なし

【9】心臓の病気がありますか？

- はい 病名() いいえ わからない

【10】健康診断などで心電図異常を指摘されましたか？

- はい いいえ わからない

【11】その他何か病気はお持ちですか？

はい 病名() いいえ わからない

[]

【12】現在お薬は飲んでいますか？

はい 薬品名 いいえ

[]

【13】その他何か特別なこと、医師へ伝えたいことがありましたらご記入ください

【14】当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット(ホームページ) 近医からの紹介 友人知人からの紹介

その他 ()

【15】現在までにこの症状でどちらかの医療機関を受診されていますか？

はい いいえ

【16】データ使用のお願い

皆様の検査データは他の失神患者様の診療に有用な事があります。皆様の検査データを医学発展のために(失神患者様のために)使用させていただきます。個人の特定は不可能な状態で使用させていただきます。この件に関して同意されるか否かは、今後の診療に全く影響がありません。

以上ご了承いただき、ご同意いただける場合には、下記にチェックの程お願いいたします。

同意します 同意しません

ご協力ありがとうございました。

※当院は予約制となっておりますので、予約の患者様が優先となります。

予約外の患者様は待ち時間が長くなることがあります。