

< 心臓ドック問診票 > ID 年 月 日

氏名： 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳

電話番号：

住所(結果郵送先)：〒

身長： cm 体重： kg

1.喫煙をしていますか？

喫煙 していない

喫煙 している → 歳 から 1 日に約 本

喫煙 していた → 歳 から 歳 まで 1 日に約 本

2.お酒は飲まれますか？

はい (なにを どれくらいの量: 頻度: 回 or 日/週)

いいえ

3. 今までかかった病気。または現在治療中の病気はありますか？

心臓病 (心筋梗塞 狭心症 不整脈 先天性の心疾患 肺塞栓

深部静脈血栓症)

糖尿病 肝臓病 腎臓病 高血圧 高脂血症 脳疾患 緑内障

その他

4.以下の症状であてはまるものはありますか？

胸痛 胸やけ 動悸 息切れ 背部痛 失神

5. 最近検診(ドック)を受けたものがあればチェックしてください。

脳 肺がん 大腸がん 乳がん 骨密度 人間ドック

6. 気になる症状がありましたらご記入ください。

()

以下の注意事項をよくお読みください。

1.放射線を使用した検査のため、少量の被爆があります

2.ドックの結果が異常なしであっても、これ以降心疾患にならないというわけではありません。病状が急速に悪化してしまうような心疾患の場合には次回の検診までの間に自覚症状で見つかることもあります。

*上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、心臓ドックを受診することに同意します。

年 月 日

ご署名：