Cardiology Questionnaire/循環器科 問診票

Name of patient /患者氏名			For staff only	BT= PR=	°C /分
Date of birth /生年月日(西暦)	Year/年 (Month/月 Da	For staff only /医療機関記入	RR=	mmHg /分
Height/Weight/身長· 体重		cm kg	Sex/性別	SPO2= □ Male/男性	% □ Female/女性
Allergies	□ Food(s)/食べ				
/アレルギーの有無	□ Medicine/薬	:			
What is the problem today? (Check a /今日はどのような症状があります		t複数☑してくださ	lv。)		
□ Irregular pulse □ Chest pai	n/胸痛 □ Cold:	sweat/冷汗 🗆		Difficulty breathing /息苦しさ	Shortness of breath /息切れ
□ Have a palpitation □ Lighthead / 動悸がする □ /立ちく	ledness らみ ロ /f:く	ing (face, hands, feet) み(顔・手・足)	□ Cold hands and feet /手足が冷たい		
☐ I was advised by another clinic/hospita				勧められた(健診含む)	
□ Other(s)/その他:					
If you checked "Chest pain" in the al /「胸痛」に囚した人は、痛みのあ					
) \				
$\left(\begin{array}{c} 1 \\ 1 \end{array} \right)$			queezing pain 締め付けられるような痛み	☐ Burning pain	/焼けるような痛み
	\		ingling pain ちくちくするような痛み	☐ Stabbing pair	ı/刺すような痛み
$\bigcup (\bigvee)$		_ D	ull pain/鈍い痛み	□ Other(s)/₹0	D他:
When does the symptom occur? /症状はどのような時に現れますか	•				
□ Morning/朝 □ Daytime/	/昼 □ Eveni	ng/夕方 □		When waking up /起床時] Irregular/不定期
☐ When going up and down stairs and sl	opes/階段や坂道を歩く	とき ロ	Other(s)/その他:		
What is the symptom like? /症状はどのような性質を持ってい	ますか。				
□ Constant/絶え間なく、続いている		ymptom worsens when f を感じた時にひどくな	eeling tired.	「he symptom comes and g /症状が出たり、消えた	
The symptom gets better when sitting /座ることにより、楽になる		ymptom is gradually wor にひどくなっている	sening.	The symptom is associated /食事と関係している	d with meals.
If you describe the symptom on a sca /その症状の程度を数字で表すと、	le of 1 - 10, how seve どのぐらいですか?	re is it? Circle the n 下の数字のところ	umber below. に〇を付けてください。	,	
Not at all/全くない				Most seve	ere/最も激しい
0 1	2 3	4 5	6 7 8	9 10)
When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。					
Year/ 年 _	Month/月		n about :	_ am/pm	
			前・午後時	分ごろから	
Are you currently on any medication /現在、飲んでいる薬はありますか					
□ No/いいえ □ Yes/はい		tion or a medicine pocke 薬手帳」を持っている	tbook. 方は、見せてください。		
Name of medications /お薬の名前	How to take or use your /飲み方・使い		Name of medications /お薬の名前	How to take or use /飲み方・	
1		6			
2		7			
3		8			
4		9			
6		(In			

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

□ No/いいえ □ Yes/はい	□ Vac/I+1\	If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
	□ Ies/Iat.	/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease e the number from the following list) 患名(下記リスト番号可)		nent progress 台療経過	Hospital name /医療機関名
	□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
	□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
	□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
	□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
	□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
	□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
	□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
	□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

< Lis	t of diseases/疾患リスト>					
	System of disease /疾患の系統			Disease names /疾患名		
1	Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他	
2	Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全	e. Others/その他
3	Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Others/その他
4	Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他	
(5)	Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他	
6	Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Others/その他
7	Bone or muscle disease	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア	e. Gout/痛風
V	/骨・筋肉の疾患	f. Others/その他				
8	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他	
9	Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他	
10	⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓が ん	d. Breast cancer/乳がん	e. Uterine cancer/子宮がん
		f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他			
11)	Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他		
12)	ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症	e. Others/その他
13	Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他		
14)	Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症(水虫)	c. Others/その他		

	□ Yes/はい		es'', write the history o と方は下に手術歴を書				
	e names 患名		our surgery 術名	When you had /手術をし		Hospital where you had the si /手術をした医療機関	
/ 75	あり	/ ፲	11) TI	/ T M2C	~ ⊬寸 791	/ 丁門 とした 区別収入	
		date of the surgery, wri は「年齢」、「手術し		 ん。			
you smoke reg 慣的に、たは	gularly? こを吸いますか	?					
□ No/いいえ	□ Yes/はい □	Used to smoke/以前吸	えっていた				
	Cigarette cons	sumption/喫煙量	Duration of smo	oking/喫煙期間		you stopped smoking 煙をやめた年	
		cigarettes/Day 本/日		Year/年	Y	/ear/年Month/月	
				oout the year you stoppe にしておいてください			
you drink reg 慣的にお酒を	ularly? :飲みますか?						
] No/いいえ	□ Yes/はい	☐ Used to drink reg	ularly/以前飲酒する習	習慣があった。			
	□ Beer/ビール		ml/Day/∃	□ Whisky/ウイ	スキー	ml/Day/日	
	☐ Japanese sake	/日本洒	ml /Day/日	□ Wine/ワイン		. /- /-	
				,		ml/Day/日	
	☐ Other(s)/₹0		/Day/日			<u>ml</u> / Day/ Ħ	
			nt, or possibly preg	nant?		<u>ml</u> /Day/ Ħ	
性の方のみお		ow. Are you pregna	nt, or possibly preg またその可能性に	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみま □ No/いいえ you breastfe	□ Other(s)/その the questions bel な答えください。 □ Yes/はい	ow. Are you pregna 妊娠していますか、	nt, or possibly preg またその可能性に	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみだ □ No/いいえ you breastfee 在、授乳中で	□ Other(s)/その the questions bel 答えください。 □ Yes/はい eding?	ow. Are you pregna 妊娠していますか、	nt, or possibly preg またその可能性に	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみだ] No/いいえ you breastfee 在、授乳中で	□ Other(s)/その the questions bel な答えください。 □ Yes/はい	ow. Are you pregna 妊娠していますか、	nt, or possibly preg またその可能性に	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみま] No/いいえ you breastfee 在、授乳中で] No/いいえ ou have a spee	□ Other(s)/その the questions bel 答えください。 □ Yes/はい eding? □ Yes/はい	ow. Are you pregna 妊娠していますか、	nt, or possibly preg またその可能性! からない on, check the box.	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみだ No/いいえ you breastfee 在、授乳中で No/いいえ ou have a spee 察でのご希望	□ Other(s)/その the questions bel 答案えください。 □ Yes/はい eding? □ Yes/はい	ow. Are you pregna 妊娠していますか、 Do not know/わった。 Prining the consultation	nt, or possibly preg またその可能性! からない on, check the box.	nant?		ml /Day/ H	
性の方のみお No/いいえ you breastfee 在、授乳中で No/いいえ ou have a spee 察でのご希望	□ Other(s)/その the questions bels答えください。 □ Yes/はい eding? すか? □ Yes/はい	ow. Are you pregna 妊娠していますか、 Do not know/われ erning the consultation をしてください。 ated medical expenses in	nt, or possibly preg またその可能性に からない on, check the box. advance./あらかじめ	nant? はありますか?	てほしい。	ml /Day/ H	
性の方のみお No/いいえ you breastfee 在、授乳中で No/いいえ ou have a spee 察でのご希望	the questions bels答えください。 Yes/はい eding? Tyes/はい cial request concelがある場合は、 mformed of my estimate an interpreter if an interpreter in interprete	ow. Are you pregna 妊娠していますか、 Do not know/われ erning the consultation をしてください。 ated medical expenses in	nt, or possibly preg またその可能性に からない on, check the box. advance./あらかじめ	mant? まありますか? 、医療費の概算を教え	てほしい。	ml /Day/ H	