

アップルウォッチ・スマートウォッチ外来問診票

フリガナ				電話番号	() -							
氏名												
生年月日(西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日生(満□□□□歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	□□	度	□	分

質問事項

お手持ちのアップルウォッチもしくはスマートウォッチについて

アップルウォッチ: series 4・5・6・7・それ以外()

スマートウォッチ: ()

心電図を印刷して持参した 印刷していないがスマホの中に記録がある まだ記録できていない

今までに不整脈の診断を受けたことがあるか

病名: 心房細動・心房粗動・発作性上室性頻拍・心室期外収縮

心室心室頻拍・その他()

症状について

自覚症状	動悸・脈が飛ぶ・脈が速い・脈が遅い・だるい・息切れ 気が遠くなる(失神)・胸が痛い・その他()
いつからか	今日・昨日・数日前・数週間前・数か月前・数年前 子供の頃・その他()
頻度	毎日・週に1回・月に1回・年に1回
持続時間	数秒間・数分間・数十分間・数時間・数日間
症状がある時	運動をしている時・体を動かしている時・安静時・就寝時
動悸を伴う失神(気が遠くなること)があるか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

ご自身について

かかりつけの医療機関	医療機関名: ()
持病(治療中の病気)	病名: ()
定期的に内服している薬	薬名: ()
心臓の病気の診断を受けたことがあるか	病名: ()
飲酒する	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
喫煙する	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
健康診断は定期的に受けているか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
直近で受診したのは:	今年 <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 5年前 <input type="checkbox"/>

◆◆ 心電図を印刷していない場合、下記メールアドレスに心電図のPDFかスクリーンショットをお送りください ◆◆

arrhythmia@kawakita.or.jp

