# 失神外来　問診票

記入日
令和　　年　　月　　日

ID:　　ー　　　身長：　　cm　体重：　　Kg

ふりがな　　男　**生年月日**

**氏名**　　女　大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）

**住所：**　　**電話番号：**（自宅）
（携帯）

当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　☐ はい　☐ いいえ

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？　☐ なし　☐ あり（紹介元　　）

■ 当院をどちらでお知りになりましたか？　☐ ネット　☐ 口コミ　☐ 医師の紹介

■ 1.　最後に失神（倒れそうになる）が起きたのはいつですか？　　年　月　日　時頃

■ 2.　どのくらいの時間失神していたかわかりますか？　　分　秒程度

■ 3.　今回の失神以外にも同様の症状がありましたか？
最初の症状　　年　月頃　　現在までの回数　　回
1年前からの回数　　回　　6カ月間の回数　　回

■ 4.　すべての症状は似ていますか？　☐ はい　☐ いいえ

■ 5.　失神が起きる前に何をしていましたか？
☐ 立ちあがってから少しして　☐ お酒を飲んでいた。　☐ 咳をしていた
☐ しばらく立った状態でいた(　　)分位　☐ 排便・排尿　☐ 食事中や食直後
☐ 入浴中または入浴直後　☐ 腕を動かしていた
☐ 急に感情的に興奮した。　☐ 首を回したり、首の周りを刺激したりした
☐ 横になっていた、寝ていた。　☐ 運動中、運動直後
☐ 覚えていない・気が付いたら倒れていた。　☐ その他（　　）

■ 6.　失神が起きる前に次のような症状を感じましたか？
☐ 目の前が徐々暗くなった・めまい　☐ 顔面蒼白　☐ 発汗
☐ 嘔気・嘔吐　☐ 腹痛などのお腹の症状　☐ 急な痛み
☐ 動悸　☐ 胸痛　☐ 頭痛
☐ 倦怠感　☐ 幻覚・幻臭・幻聴
☐ 何もない・気が付いたら倒れていた。　☐ その他　（　　）

■ 7.　失神時に痙攣がありましたか？　☐ はい　☐ いいえ

■ 8.　失神から回復した後、次のような症状はありましたか？
☐ 嘔気　☐ 発汗　☐ 長時間の意識混濁　☐ 舌を噛んでいた
☐ 外傷（場所　　）　☐ 筋肉痛

■ 9.　心臓の病気　心電図異常を指摘されたことはありますか？
病名・異常：　　内服：

■ 10.　その他に病気をお持ちですか？　お薬を飲んでいれば記載してください。
病名：　　内服：

■ 11.　そのほか何か特別な事、医師に伝えたいことがありましたらお書きください。

職員記載欄

| 新患 | 紹介 | 登録時間 | 担当 | 看護師 | scan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Ver.20250401