

※問診票は事前に記入し、健康診断会場に持参してください。
新入生の方へ：学籍番号は、4月1日に配布される学生証に記載しています。

心電図検査問診票

事業所名	帝 塚 山 大 学	受 診 日	2024 年 4 月 日		
フリガナ		個人番号	学籍番号		
氏 名		所 属	記入不要		
生年月日	(西暦) 年 月 日	歳	性別	男 ・ 女	

※「血圧」・「腹囲」は記入しないでください。

当日の測定値	血圧	~ mmHg	腹囲	. cm	No.	
--------	----	--------	----	------	-----	--

下記の質問に「ある」「ない」のどちらかに○をしてください。

該当するものに○、○内にご記入ください。

問1. 血圧が高いと言われたことがありますか。	ある ・ ない
問2. 心臓が悪いと言われたことがありますか。	ある ・ ない
問3. 胸が不規則に打つことがありますか。	ある ・ ない
問4. 動悸、息切れをすることがありますか。 「ある」と答えた方はどんな時におきましたか。 a. 少しの運動又は入浴の時 b. 安静時	ある ・ ない
問5. 胸が痛んだり、苦しかったり、しめつけられたりする様なことがありますか。 「ある」と答えた方はどんな時におきましたか。 a. 坂道や階段を登る途中又は運動時 b. 安静時 c. 夜中または明け方	ある ・ ない
問6. 心電図検査で異常があると言われたことがありますか。 「ある」と答えた方は下記もご記入ください。 <病名> () () 歳頃 () () 歳頃 現在の状況は 1. 治療中 2. 経過観察中 3. 放置している	ある ・ ない

判定	A 異常なし	B 軽度異常	C 要再検査・生活改善	D 要精密検査・治療
診断名				