

血圧 (初診 ・ 再診) 氏名 _____

<バイタル> 血圧: _____ / _____ mmHg、脈拍: _____ 回/分、SpO2: _____ %

・ 健診を受けていますか? いいえ / はい (最終健診日 _____)

・ 過去にも健診で高血圧を指摘されていましたが?

いいえ / はい (何年前からですか? _____ 年前)

(具体的に _____ mmHg)

・ 血圧で医療機関を受診されたことはありますか? 初めて / 過去にも受診した事がある

・ 薬を内服していましたか?

いいえ / はい (いつからいつまで) _____

・ 家庭で血圧を測っていますか? いいえ / はい

・ 普段の血圧はどのくらいですか? _____ / _____ mmHg

・ いつも何時頃に測っていますか? _____

・ 自覚症状はありますか? いいえ / はい(頭痛/胸痛/背部痛)

・ 家族に高血圧の方はいますか? いいえ / はい (誰が _____)

・ いびきをかきますか? いいえ / はい

・ 無呼吸はありますか? いいえ / はい

・ 血液検査で血糖値やコレステロールを指摘された事がありますか?

いいえ / はい(具体的に _____)