

呼吸器病センター問診票

ID: _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (才) 身長 _____ cm、体重 _____ kg、体温 _____ °C

※ 次の質問に当てはまるものに○印で囲むか、ご記入ください。お分かりになる範囲で結構です。

1. どのような症状で来院されましたか？(一番困っていること)

2. _____

3. その症状はいつ頃からですか？ _____

4. その症状について他の医療機関に受診されましたか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 …… 病院・医院名 _____

診断名 _____

5. 現在、別の医療機関で治療を受けていますか？

はい ・ 中断 ・ いいえ

「はい」「中断」の方 …… 病院・医院名 _____

診断名 _____

治療内容(飲んでいる薬の名前など) _____

6. 過去に大きな病気やケガのために治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 …… 病名・その時期 _____

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 …… 薬や食べ物の名前 _____

8. たばこを吸いますか？

現在も吸っている ・ 以前吸っていた ・ 吸ったことはない

1日の喫煙数: _____ 本/日、喫煙を始めた年齢: _____ 歳、やめた年齢: _____ 歳

9. 粉じんや薬品を吸入する機会の多いお仕事ですか？ またはされていたことがありますか？

はい ・ いいえ 「はい」の方 …… 吸入するものの名前 _____

ご職業 _____

10. ペットを飼っていますか？

はい ・ いいえ 「はい」の方 …… ペットの種類 _____

11. 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 …… 渡航した国(都市まで記入) _____

渡航期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

12. 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性はありますか？ はい (妊娠 _____ ヶ月) ・ いいえ授乳中ですか？ はい ・ いいえ

13. 診察を受けるうえで、特に心配なことやご希望がありましたらお聞かせください