

## ＜おびひろ呼吸器科内科病院問診表＞ ID

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男 ・ 女 ) 職業 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

● いつから、どのような症状ですか？

● 今日はどうなさいましたか？ ○を付けてください

- ・ 熱がある ( 現在 \_\_\_\_\_ °C )
- ・ のどの痛み
- ・ 鼻水、鼻づまり
- ・ 咳 ( 朝方 ・ 日中 ・ 夜間 ・ 一日中 )
- ・ のどが ( ひゅーひゅー ・ ゼーゼー ) する
- ・ 痰 ( 黄色 ・ 緑色 ・ 透明 ・ 白色 )
- ・ 息が苦しい

● 下記の項目について教えてください

上記の症状で医療機関を受診しましたか	はい ・ いいえ	いつ頃 病名 病院名
治療中の病気はありますか	はい ・ いいえ	いつ頃 病名 病院名
現在何か薬を使っていますか？ ※薬手帳ある方はご提示下さい	はい ・ いいえ	薬の名前
アレルギーはありますか	はい ・ いいえ	・ 薬 ・ 食べ物
	はい ・ いいえ	・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎
タバコを吸いますか	吸う ・ 吸わない ・ やめた	1日 本 ( 才 ~ 才まで )
両親はタバコを吸いますか	吸う ・ 吸わない ・ やめた	
喘息または小児喘息と言われたことがありますか	はい ・ いいえ	いつ頃
ペットを飼っていますか	はい ・ いいえ	いつから ( _____ 年前から ) ・ 室内 ・ 屋外 犬 ・ ネコ ・ その他 ( _____ )
妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか	はい ・ いいえ	現在 ( _____ 週 ) ・ 授乳中
1ヶ月以内に海外に行きましたか	はい ・ いいえ	国名 :
診察前の検査をしても良いですか	はい ・ いいえ	X-P ・ CT ・ その他