

体温 _____ 度 ID _____

問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令		
お名前			年	月	日
		年齢	才	性別	男・女
ご住所	〒 -	電話番号	()		
		携帯番号	()		
保護者名		連絡先 ()			

①どのような症状がありましたか

- 熱がある だるい 頭が痛い 食欲がない めまいがする のどが痛い せきが出る
たんが出る たんに血が混じる 息切れがする 胸が痛む 胸が圧迫される
おなかが痛い 吐き気がする おなかが張る げりをする 便に血が混じる
手足がしびれる つかれやすい のどが渇く よく尿が出る 健康診断で異常を指摘された
その他()

②いつからですか

- 以前から () 年前から () ヶ月前から () 週間前から () 日前から

③これまでにかかった病気はありますか ()

④薬のアレルギー なし・あり()

⑤現在使っている薬()

⑥タバコは吸いますか 吸わない

現在吸っている 本/日 × 年間

以前に吸っていたがやめた(年前にやめた)

⑦お酒は飲みますか 飲まない

日本酒、ビール、ワイン、焼酎、ウイスキー /日 × 年間(年前にやめた)

⑧妊娠 あり(妊娠 週)・可能性あり・なし

⑨授乳 あり・なし

⑩当院を何で知りましたか

インターネット(当院のホームページ・その他のホームページ)、地域情報誌、

口コミ(知り合い・職場など)、他の紹介(病院・診療所・薬局)、通りがかり () 協力、ありがとうございました。



せき・たんアンケート

お名前 _____

- せきはいつから出ていますか？
日前、 週間、 カ月
- せきはいつ多く出ますか？
①早朝 ②昼 ③夜 ④寝る前 ⑤寝ている最中 ⑥一日中
- 夜中にせきで目が覚めることがありますか？
①はい ②いいえ
- 何か思い当たるきっかけはありますか？（かぜ等）
（ ）
- はじめに熱はありましたか？
①はい（ °Cぐらい） ②いいえ
- のどに痛みや違和感はありますか？
（イガイガ感、のどにひつつく感じ等）
①はい（ ） ②いいえ
- 鼻水、鼻づまりはありますか？ ①はい ②いいえ
- たんの量はどうですか？
①非常に多い ②多い ③少ない ④ない
- たんの色はどうですか？
①赤黒い ②緑色 ③黄色 ④白 ⑤透明
- たんのきれはどうですか？ ①良い ②悪い
- 坂道や階段などで息切れや呼吸困難はありますか？
①はい ②いいえ
- 安静にしても息苦しく感じることがありますか？
①はい ②いいえ
- ゼーゼー、ヒューヒューと音がしたことはありますか？
①はい ②いいえ
- 寒暖の差や電車などの人混みでせきが出やすいですか？
①はい ②いいえ
- 煙や香水などで咳がひどくできますか？ ①はい ②いいえ
- 特定の場所で咳が多く出る場所がありますか？
①家 ②職場 ③学校 ④その他（ ）
- 胸やけ、腹痛はありますか？ ①はい ②いいえ
- 胸や背中への痛みはありますか？ ①はい ②いいえ
- アレルギー疾患といわれたことはありますか？
①はい
②いいえ（アレルギー性鼻炎、花粉症、喘息、
アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、その他（ ））
- 家族にアレルギーの方はいますか？
①いる（父・母・兄弟姉妹・その他（ ））
②いない（アレルギー性鼻炎、花粉症、喘息、
アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、その他（ ））
- ペットは飼っていますか？ ①はい（ ） ②いいえ
- 周りで風邪やせきをしている人はいますか？
①はい ②いいえ 同居の方（ ）職場等（ ）
- 現在タバコは吸いますか？
①はい
1日 本くらい 年間 才 から
②いいえ
(1)全くなし (2)過去に吸っていた 年前にやめた、
ヶ月前にやめた 1日 本くらい 才 ~ 才
※家庭や職場で、タバコをすぐ近くに吸う人がいますか？
家族（ ）職場（ ）
- 今回のせきで他院に受診されましたか？ ①はい ②いいえ
- 過去に長く続いた咳(3週間~8週間以上)はありましたか？
①はい ②いいえ
- 以前より冷気でせき込みやすいですか？
①はい ②いいえ