

問 診 票

(中島アレルギー・呼吸器内科クリニック)

I D _____
令和 年 月 日

ふりがな _____
お名前 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日

ご住所 〒 _____ TEL _____

携帯電話； _____

ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 受診時の体温 _____ °C

◆本日はどうなさいましたか？（該当する番号に○をつけてください。）

1. 具合が悪い（ _____ 月 _____ 日ごろから）

それはどういった症状ですか？

発熱（ _____ 度）、咳、痰（白色・黄色・緑色・血性）、喘鳴（ゼーゼー）、
息切れ（安静時・労作時）、胸痛（安静時、労作時、深呼吸時）、喉の痛み、胸焼け、
鼻炎症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）、

その他（ _____ ）

2. 健診結果から精密検査希望

◆本日の希望をお聞かせください。（ 詳しい検査をしてほしい ・先生と相談 ・診察のみでよい ）

◆現在、治療を受けている病気はありますか？ （ ある ・ ない ）

治療を受けている方は病名を教えてください。（ _____ ）

現在、内服している薬がある方はお書きください。（ _____ ）

◆過去にかかった病気と年齢を教えてください。（ _____ ）

◆喫煙歴を教えてください。（ 吸っている ・ 以前吸っていた ・ 吸ったことがない ）

吸ったことがある方は下記の質問にお答えください。

1. いつから吸っていますか？ （ _____ 歳から）

2. 何年間吸っていますか？（過去の方も） （ _____ 年間）

3. 1日当たり何本吸っていますか？ （ _____ 本）

◆飲酒歴を教えてください。（ 毎日飲む ・ たまに ・ 飲まない ）

◆これまでに薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？

（ ない ・ ある ） （薬品名 _____）

（ ない ・ ある ） （食品名 _____）

◆女性のみにお伺いします；①現在妊娠の可能性はありますか？（ はい・いいえ ）

②授乳中ですか？ （ はい・いいえ ）

ID ; _____

お名前 ; _____

記載日 ; 令和 年 月 日

<既往歴に関する問診票>

- | | | | |
|------------------------------------|----|---|-----|
| 1. 血縁家族に気管支喘息の方はおられますか？； | いる | ・ | いない |
| 2. ご本人の既往歴；(2)②以外は全部ご本人に関してご記載下さい) | | | |
| (1) 気管支喘息； | ある | ・ | なし |
| (2) 肺結核 | | | |
| ①ご本人； | ある | ・ | なし |
| ②ご家族； | ある | ・ | なし |
| (3) 肺炎； | ある | ・ | なし |
| (4) 心臓病； | ある | ・ | なし |
| (5) 不整脈； | ある | ・ | なし |
| (6) 高血圧症； | ある | ・ | なし |
| (7) 緑内障； | ある | ・ | なし |
| (8) 前立腺肥大症 (男性のみ)； | ある | ・ | なし |
| (9) 花粉症； | ある | ・ | なし |

<セキ症状に対する問診票>

- タンを伴うセキがでますか？； (でる ・ でない)
- セキが出やすい特定の時間帯がありますか？；
(日中多い・夜間に多い・明け方に多い・特になし)
- 後鼻漏 (鼻水が喉元に溜まる症状) がありますか？； (ある ・ 無い)
- 胸焼けがありますか？； (ある ・ 無い)
- これまでに喘息と言われたことがありますか？； (ある ・ 無い)
- 5.で「ある」とお答えになった方にお聞きします。それは何歳頃ですか？；
(歳頃)
- これまでに、下記の解熱剤や痛み止めを服用されたことがありますか？あ
るものに○を記入して下さい。
ロキソニン・イヴ・PL・ボルタレン・カロナール (アセトアミノフェン)、
その他 (薬名；)
- 7.で服用したことがあるとお答えになった方にお聞きします。
服用後 1 時間以内にセキやヒーヒー・ゼーゼーを生じたことがありますか？
(ある ・ 無い)

<最近の発熱や気道感染症症状の有無に関する問診票>

ID ; _____

お名前 ; _____

記載日 ; 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1. 発症時に 37℃以上の発熱か咽頭痛を認めましたか？ (認めた ・ 認めない)
(1) 発熱を認めた場合、何度くらいでしたか？ (_____ °C)
(2) 発熱の発症時期 (_____)
(3) 咽頭痛の発症時期。 (_____)

2. 過去に新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？ (ある ・ ない)
有るならば、それはいつ頃でしたか？ (_____)

3. 直近 1 週間以内に、新型コロナウイルスやインフルエンザの検査を受けましたか？
(1) 新型コロナウイルス検査； (受けた ・ 受けていない)
① 受けたのはいつですか？ (_____)
② 検査結果に○をしてください。 (陰性 ・ 陽性)

(2) インフルエンザの検査 ； (受けた ・ 受けていない)
①受けたのはいつですか？ (_____)
②検査結果に○をしてください。 (陰性 ・ 陽性)

4. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？ (接種した ・ 接種していない)
何回接種されましたか？ (_____ 回)、直近で接種した時期；(_____ 年 ____ 月頃)
接種後副反応が生じた場合の症状 (_____)

5. 直近 1 週間以内に下記を認めましたか？
(1)臭いがわからなくなった； (はい ・ いいえ)
臭いがわからなくなったのはいつですか？ (_____)
(2) 味がわからなくなった； (はい ・ いいえ)
味がわからなくなったのはいつですか？ (_____)

6. 直近 1 週間以内の新型コロナウイルス感染症患者との接触歴； (有る ・ 無し)

7. 直近 1 週間以内のインフルエンザ感染症患者との接触歴； (有る ・ 無し)

8. 新型コロナウイルス感染症、または、インフルエンザと診断された場合、診断書 (自費 2500 円) が必要ですか？ (必要 ・ 不要)