問　診　票

ID

中島アレルギー・呼吸器内科クリニック

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　　℃

◆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、空咳、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）、下痢、吐き気、胃痛、腹痛、頭痛、

その他（　　）

2．健診結果から精密検査希望

3．禁煙外来

◆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。お酒の種類　　（　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　　）

◆現在妊娠の可能性がありますか？（　はい・いいえ　）/　授乳中ですか？（　はい・いいえ　）

☆ 当医院を何でお知りになりましたか？（　　）

日時：令和　　年　　月　　日　　ＩＤ

お名前

＜セキ症状に対する問診票＞

1. タンがでますか？　（でる　・　でない）

2. セキをしている最中に息を吸い込むとヒーっと音がしますか？
（する　・　しない）

3. セキをした後に吐いたり、または吐きそうになったりしますか？
（ある　・　無い）

4. 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）

5. 後鼻漏（鼻水が喉元に溜まる症状）がありますか？　（ある　・　無い）

6. 胸焼けがありますか？　（ある　・　無い）

7. これまでに喘息と言われたことがありますか？　（ある　・　無い）

8. 7.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）

9. 安静時息切れ自覚しますか？　（ある　・　無い）

10. 労作時息切れ自覚しますか？　（ある　・　無い）

11. 高血圧治療薬を服用されていますか？　（ある　・　無い）

12. 11.で「ある」とお答えになった方にお聞きします。
服用薬名をお書きください。
（　　）

13. 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？
あるものに〇を記入して下さい。

・ロキソニン　・イヴ　・PL　・ボルタレン
・その他（薬名：　　）

・服用したことがない

14. 13.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？　（　　℃）
   (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受けた検査の種類に〇をしてください。　（PCR　・　抗原検査　・その他）
   ②受けたのはいつですか？　（　　）
   ③検査結果に〇をしてください。　（　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検査結果に〇をしてください。　（　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）
   臭いが分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）
   味が分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）