

# 呼吸器病センター問診票

ID: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_年 月 日

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

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない ・ する ・ 持っていない

※ 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. その症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

3. 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 \_\_\_\_\_

4. 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) \_\_\_\_\_

5. 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 \_\_\_\_\_

6. 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 \_\_\_\_\_

7. 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

8. 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 \_\_\_\_\_

9. 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 \_\_\_\_\_

10. 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

11. 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

12. 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