

# 呼吸器病センター問診票

ID:

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 する ・ しない ・ 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」……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・医師名 \_\_\_\_\_

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

国名(都市まで記入) \_\_\_\_\_ 期間 \_\_\_\_\_

11. 女性の方にお聞きします

妊娠中ですか？または、妊娠の可能性がありますか？ 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下さい。