

問 診 票

お手数ですが、下記の質問に記入してください。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	男・大・昭・平 年 月 日生	体重 kg	紹介者	様
住所	〒 自宅電話 ()		勤務先	電話 ()
携帯電話番号			携帯電話およびメールアドレスは緊急連絡等に使用いたします。	
メールアドレス(PC/携帯)				
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> いびき・日中の眠気 <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> そのほか ()			<医師記入欄>
症状の経過について、 ご記入ください				
呼吸の状態について、 ご記入ください	<input type="checkbox"/> 同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行・階段昇降も健康者なみにできる <input type="checkbox"/> 同年齢の健康者と同様の歩行ができるが、坂道・階段昇降は健康者なみにはできない <input type="checkbox"/> 平地でも健康者なみに歩行できないが、自分のペースなら1.6km以上、歩行できる <input type="checkbox"/> 休み休みでなければ、50m以上歩行できない <input type="checkbox"/> 会話、着替えにも息切れがする。息切れのため外出ができない。			
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有<1日__本、__年間> <input type="checkbox"/> (__歳)以後、禁煙した			
アルコール歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一日(__合) x 週(__)回			
食べ物や薬剤の アレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (原因)		
現在、通院中の病院は ありますか。また、薬 を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ (病名) (薬剤名) (病名) (薬剤名) (病名) (薬剤名) (病名) (薬剤名)			
過去にかかった病気や 怪我をご記入ください	(病名/医療機関)			
女性の方へ(妊娠)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月			
女性の方へ(月経)	<input type="checkbox"/> (__)日周期 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 最終月経(__月__日まで、__日間)			
睡眠時間は	<input type="checkbox"/> 睡眠時間：(__)時間 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足			
ペットは 飼っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 屋内・屋外(種類： 、(__)匹、(__)から__年間)			
職業歴(咳などの診断 に必要です)	() x ()年間、() x ()年間、 粉塵()吸入・薬品()吸入・動物()取扱			
自宅・職場の環境 についてご記入 ください	<input type="checkbox"/> 建物：木造/鉄筋(築__年) 階数：__階 風通し：良い/悪い <input type="checkbox"/> じゅうたん：あり/なし <input type="checkbox"/> 羽毛布団：あり/なし <input type="checkbox"/> 空調器械：()			
当院を どちらで知りましたか	<input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(病院名；) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家族・知り合いからの紹介 <input type="checkbox"/> その他()			
その他のご要望				

* 記入された個人情報は、こじま内科呼吸器科個人情報保護法に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。