

# 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・女	明・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( )						
一か月以内の渡航歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (国名: )						

\* 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。