

## 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	
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る、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) × 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) ) ( ___ ) × ( ___ ) 年間、 ( ___ ) × ( ___ ) 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。