問　診　票

お手数ですが、下記の質問に記入してください。

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭・平 年　月　日生	年齢	歳	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)							

				＜医師記入欄＞
どうなさいましたか	□発熱　□咳　□たん　□息切れ　□腹痛　□下痢 □鼻水　□鼻づまり　□目のかゆみ　□関節痛 □いびき・日中の眠気　□検査をしてほしい □そのほか（　　）			
症状の経過について、ご記入ください				
食べ物や薬剤のアレルギーはありますか	□ない	□ある→	□薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる □じんま疹　□アトピー　□喘息　□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	□ない □ある→（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（妊娠授乳）	□ない　□妊娠　ヶ月　□授乳中			
女性の方へ（月経）	□（____）日周期　□最終月経（____月____日まで、____日間）			
喫煙歴	□なし　□有<１日____本、____年間>　□（____歳）以後、禁煙			
アルコール歴	□なし　□一日（____合）ｘ週（____）回			
ペットは飼っていますか	□いいえ □はい（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（_____）吸咳喘息・			
自宅・職場の環境についてご記入ください	□建物：木造/鉄筋（築____年）　階数：____階　風通し：良い/悪い □じゅうたん：あり/なし　□羽毛布団：あり/なし □空調器械：（_____）			
一ヶ月以内の海外渡航歴	□なし　□あり　（国名；　　、帰国日　　）			

＜　下記の事項に同意いただける方は　□に✔を記入してください　＞

□　聴診などの診察や必要な検査にご理解ご協力をいただけない場合は診察をいたしかねることがあります。

□　長引く咳で受診された場合、問診や聴診のみで診断を確定するのは困難です。
　　レントゲン、肺機能、血液検査、喀痰検査など、医師が必要と判断した検査を適宜行います。

□　咳喘息・喘息の専門的な診療には、自覚症状だけではなく　聴診・肺機能検査・血液検査等が適宜必要です。

□　咳喘息・喘息は厚労省の定める「特定疾患」です。
　　通院治療には　特定疾患管理料、特定疾患処方管理加算が算定されます。

＊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。