# ＜再診＞問 診 票

ご記入日　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | ID | |
| お名前 | | | |

| | |
|---|---|
| 今日はどうされましたか？ | □前回の続き |
| | □その他症状　※下記当てはまるものにチェックを入れてください<br>□発熱（　　℃）　□咳　□痰（色：　　）　□鼻水<br>□のどが痛い　□関節痛　□寒気　□胸の痛み　□胸の圧迫感<br>□動悸　□息苦しい　□腹痛　□吐き気　□嘔吐　□下痢<br>□便秘　□胃腸の痛み　□食欲がない　□頭痛　□めまい<br>□体のだるさ　□花粉症　□アレルギー症状<br>□その他（　　） |
| | □下記検査やその相談等　※下記あてはまるものにチェックを入れてください<br>□感染症の検査<br>（インフルエンザ ・ 百日咳 ・ マイコプラズマ肺炎 ・ その他:＿＿＿＿＿＿）<br>□健康診断　□禁煙外来の相談　□睡眠時無呼吸症候群の検査<br>□術後の経過観察　□喘息・COPD等、呼吸器の検査・治療<br>□アレルギー検査 |
| | ※上記にない場合やその他症状がある場合はこちらにご記入ください。 |
| 症状はいつからですか？ | □（　　）日前から　□ずっと前（　　）から<br>□時々症状が出る　□現在症状は無い |
| 現在治療中の病気、過去に手術・治療を受けた病気はありますか？ | □喘息　□小児喘息　□肺炎　□肺がん　□気胸　□COPD<br>□心臓疾患（不整脈も含む）　□脳梗塞　□脳疾患　□糖尿病<br>□高血圧症　□B型肝炎　□C型肝炎　□HIV　□その他感染症<br>□上記以外の病気（　　） |
| | □ない |
| ご自身やご家族の中で、ここ１ヶ月以内に海外への滞在・帰国歴はありますか？ | □ご本人にあり　□ご家族・近親者にあり<br>続柄：（　　）<br>国名・都市名：（　　）<br>渡航期間：　　年　　月～　　年　　月 |
| | □ない |
| ≪女性の方へ≫ | □現在妊娠中（　　）ヶ月：出産予定日（　　月　　日）<br>□妊娠の可能性がある　□授乳中（　　歳　　ヶ月）　□妊活中 |
| | □上記該当なし |

宮澤内科・呼吸器クリニック