

問診票

ご記入日	令和 年 月 日	生年月日 年齢	□大正 □昭和 □平成	※スタッフ記入欄
フリガナ			年 月 日	
お名前		性別	□男性 □女性	T =
ご住所	〒	自宅Tel		P =
		携帯Tel		BP =
		身長	c m	
ご職業(職種)		体重	k g	Sat =
当クリニックを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 () → 紹介状：あり・なし <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (様/続柄：) <input type="checkbox"/> ネット検索： () <input type="checkbox"/> その他 ()			

該当する項目にチェックを入れてください。

今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰(色：) <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 喘息・COPD等、呼吸器の検査治療 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群の検査 <input type="checkbox"/> 禁煙外来の相談 <input type="checkbox"/> 術後の経過観察 <input type="checkbox"/> 健康診断		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前 (年 ヶ月 前) から <input type="checkbox"/> 時々症状が出る <input type="checkbox"/> 現在症状はない		
<上記以外の症状やご相談内容があればご記入ください>			
現在治療中の病気や過去に手術・治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ない		
現在服用している薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出ください。	お薬名：	お薬でアレルギーが出たことはありますか？	お薬名： 症状： <input type="checkbox"/> ない
ご家族に大きな病気・呼吸器の病気をされた方はいらっしゃいますか？	続柄： () 病名： <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> いない		
花粉症や食品などのアレルギーはありますか？	[花粉症] <input type="checkbox"/> スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> その他 () [食品] <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> その他 () [その他] <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ない		
たばこを吸いますか？ (電子タバコ含む)	<input type="checkbox"/> 現在も喫煙あり <input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり… () 年前に禁煙 <input type="checkbox"/> 家族に喫煙者がいる…続柄 () <input type="checkbox"/> 喫煙経験なし	※喫煙量： 1日 () 本程度を () 年間	
ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他 () / 種類： () <input type="checkbox"/> 飼っていない		
ご自身やご家族の中で、ここ2ヶ月以内に海外への滞在・帰国歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ご本人にあり <input type="checkbox"/> ご家族・近親者にあり 続柄： () <input type="checkbox"/> ない	国名・都市名： () 渡航期間： 月 日～ 月 日	
《女性の方へ》	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中 () ヶ月：出産予定日 (月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 特になし		

