

< 問 診 票 (咳の方) >

年 月 日

より正確な診断につなげるため、なるべく全てにお答えください。

病気・症状・紹介状の有無 によっては、お呼びする順番 が 多少前後する場合もございます。

ご理解・ご協力 のほど何卒よろしく申し上げます。

フリガナ	生年月日
氏名： (男・女)	年 月 日(歳)
住所： 〒 -	
電話番号：	職業(業種)：

★いつから、どのような咳ですか？

体温 _____℃

最終コロナワクチン接種日

回目 R 年 月 日

・ 未接種

・ ひどい時間帯： 起床時 ・ 日中 ・ 夕方 ・ 夜 ・ 寝る前

・ ひどくなる動作： 会話時 ・ 食事中 ・ 運動時 ・ 入浴時

・ アレルギー疾患(喘息・花粉症・アトピーなど)をお持ちの両親・兄弟・親族がいる。

なし あり(続柄 疾患)

・ 症状の出る直近で引っ越し・リフォームなど行った？ いいえ はい

★1か月以内の海外滞在歴・・・ なし あり(国名)

・ ペットを飼っている場合・・・ 動物名： いつから：

★持病はありますか？ (なし 喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー)

その他・・・ _____ 歳 _____ 歳

_____ 歳 _____ 歳

★アレルギーはありますか？ 特になし

ある(薬、食べ物など)

その他(金属、アルコール綿など)

★お酒は飲みますか？ はい (毎日飲む ・ 週3~4日 ・ たまに飲む)

いいえ (全く飲めない ・ 禁酒中)

★タバコを吸ったことがありますか？ はい (今も吸っている ・ 以前吸っていた)

(紙巻タバコ) _____ 歳から _____ 歳まで1日平均 _____ 本

(加熱式) _____ 歳から _____ 歳まで1日平均 _____ 本

いいえ 全く 吸ったことがない

同居人に喫煙者

いる いない

★該当する方へ・・・ 現在 (妊娠中 妊娠の可能性は否定できない 授乳中)

たくさんご協力ありがとうございました。

*当院では オンライン資格確認 により患者様の診療情報(内服歴・健康診断歴)を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。