

呼吸器外来 問診票

_____年 _____月 _____日

お名前 _____

男・女 _____ 歳

ご職業 _____

1. 本日は紹介状をお持ちですか。

はい・いいえ

「はい」の方・・・レントゲンフィルム又はCD-Rはお持ちですか。

はい (フィルム・CD-R) _____ いいえ _____

2. 次のような症状がありますか。

咳	はい (	頃から)	いいえ
痰	はい (	頃から 透明・白色・黄色・緑色・血痰)	いいえ
熱	はい (	頃から)	いいえ
息切れ	はい (	頃から)	いいえ
呼吸困難	はい (	頃から)	いいえ
胸痛	はい (	頃から)	いいえ
その他	()	

3. その症状について他の病院にかかりましたか。 (紹介状のある方は省略されても結構です)

はい・いいえ

「はい」の方・・・

病院名 (_____)

受けられた治療についてわかる範囲で(飲み薬、注射、入院、手術の有無)をお書きください。

4. 今まで他に何か病気をしたことがありますか。

はい・いいえ

「はい」の方は病気をした時期と、病名、現在服用している薬をお書きください。

(「お薬手帳」等がありましたら、ご用意ください)

5. 今までに薬や食べ物、注射でアレルギーを起こしたことがありますか。

はい・いいえ 「はい」の方・・・ わかれば薬・食べ物の名前(_____)

6. 嗜好品についてお答えください。

お酒(1日 _____) たばこ(1日 _____ 本、 歳から: _____ 歳で止めた)

7. 女性にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか。

はい・いいえ・わからない・授乳中

8. 今までに輸血を受けたことがありますか。

はい・いいえ

「はい」の方・・・ (_____) 歳頃 病名(_____)

9. 介護保険の認定を受けていますか。

はい・いいえ

「はい」の方・・・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

ご協力ありがとうございました。