

問診票

～初めて診察を受けられる方へ～

ふれあい呼吸器クリニック

記入日 令和 年 月 日 本日の体温 _____℃

ふりがな _____

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 TEL _____ (_____)

ご住所 〒 _____

生年月日 昭和 平成 年 月 日 性別 男性 女性

◎ 以下の質問の□に✓を入れてお答えください。お分かりになる範囲で結構です。

1. お困りの症状や問題についてお伺いします。特に困っている項目には()内に◎を付けて下さい(複数可)

- () 熱がある (38℃以上 37℃台)
- () 喉が痛い
- () 咳・痰・鼻水または鼻づまりが続く
- () ぜいぜいする
- () 少し動くと動悸や息切れがする
- () 痰に血が混じる
- () ものが喉につっかえる感じがする (飲み込みづらい)
- () 疲れやすい
- () 体重が減ってきた
- () 食欲不振、下痢、腹痛、嘔吐などの胃腸の症状
- () その他の症状 具体的に _____
- () 特に症状はない

2. その症状はいつ頃からですか？

今日から 昨日から 1週間以内 1週間以上前 (_____ヶ月前) はっきりしない

3. その症状について他の医療機関を受診されましたか？

はい いいえ

→「はい」の方 医院・病院名 _____
診断名 _____

4. 現在別の医療機関で他の病気のため治療を受けていますか？

はい 中断 いいえ

→「はい」「中断」の方 医院・病院名 _____
診断名 _____
治療内容 (服用されている薬など) _____

5. 過去に大きな病気やけがなどで入院・手術などの治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

→「はい」の方 病名 _____
その時期 _____

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状 (発疹、気分不快・呼吸困難など) を起こしたことがありますか？

はい いいえ

→「はい」の方 薬や食べ物の名前 _____

(→裏面にもご記入下さい)

