

日付 \_\_\_\_\_

# 問 診 票

I.D. \_\_\_\_\_

中島アレルギー・呼吸器内科クリニック

ふりがな \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

◆本日はどうなさいましたか？（該当する番号に○をつけてください。）

1. 具合が悪い（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろから）

それはどういった症状ですか？

発熱（ \_\_\_\_\_ 度）、咳、空咳、痰（白色・黄色・緑色・血性）、喘鳴（ゼーゼー）、

息切れ（安静時・労作時）、胸痛（安静時、労作時、深呼吸時）、喉の痛み、胸焼け、

鼻炎症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）、下痢、吐き気、胃痛、腹痛、頭痛、

その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 健診結果から精密検査希望

3. 禁煙外来

4. 健康診断

◆希望をお聞かせください。（ 詳しい検査をしてほしい ・ 先生と相談 ・ 診察のみでよい ）

◆現在、治療を受けている病気はありますか？ （ ある ・ ない ）

治療を受けている方は病名を教えてください。（ \_\_\_\_\_ ）

現在、内服している薬がある方はお書きください。（ \_\_\_\_\_ ）

◆過去にかかった病気を教えてください。（ \_\_\_\_\_ ）

◆喫煙歴を教えてください。（ 吸っている ・ 以前吸っていた ・ 吸ったことがない ）

吸ったことがある方は下記の質問にお答えください。

1. いつから吸っていますか？ （ \_\_\_\_\_ 歳から）

2. 何年間吸っていますか？（過去の方も） （ \_\_\_\_\_ 年間）

3. 1日当たり何本吸っていますか？ （ \_\_\_\_\_ 本）

◆飲酒歴を教えてください。お酒の種類 \_\_\_\_\_ （ 毎日飲む ・ たまに ・ 飲まない ）

◆これまでに薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？

（ ない ・ ある ） （薬品名・食品名 \_\_\_\_\_ ）

◆女性の方のみお答えください。 現在妊娠の可能性はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

☆当院を何でお知りになりましたか？ （ \_\_\_\_\_ ）

※尚、下記の検査・予防注射・ビタミン入り点滴注射も行っていますので、お気軽にお声かけ下さい。  
検査：「骨塩量測定」骨粗鬆症の検査（保険適用あり）  
予防注射：肺炎球菌ワクチン（保険適用外）（年齢により公費負担制度あり）  
ビタミン入り点滴注射：ビタミンC・ビタミンB<sub>1</sub><通称：にんにく注射>（保険適用外）