

呼吸器用問診票 平成 年 月 日【BP/HR: (整・不整)、RR 】

お名前: (男・女) (満 歳) 身長: cm、体重: kg

1、どんな症状がいつ頃からありますか? 【現在ある症状を○で囲んで下さい】

発熱【 時頃 度】・咳(出る時間: )・痰(色: )・鼻水・鼻閉・喉の痛み

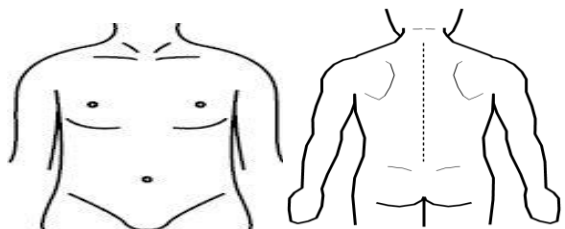
呼吸苦・いびき・無呼吸・関節痛・胸痛・頭痛・だるさ・心窩部痛・背部痛・腰痛

筋痛・リンパ節の腫れ(場所: )・腹部症状・体重減少・寝汗・その他の症状( )

いつ頃から( ) 抗生剤治療歴(無・有: ) 渡航歴:(無・有: : 日前)

点滴希望(無・有:先に・後で) ペット飼育(無・有: ) 咬み傷(無・有:蚊・ダニ・ )

周囲に同様な症状の方は?(無・有) 他に相談したいこと等(内容: )



←気になる所に印をつけて自由に書いて下さい

2、他院を受診あるいは他院で治療を受けたり、現在/これまでに指摘/治療を受けている病気

はありますか?? (ない・ある:心臓病・高血圧・高脂血症・糖尿病・腎臓病・呼吸器疾患・

脳疾患・胃/十二指腸/胆嚢/膵/大腸疾患・前立腺肥大・肝臓病・緑内障・癌・カテーテル治療・

ペースメーカー・手術: 、その他: 、いつ頃から: )

3、服用中の薬はありますか? (ない・ある:市販薬/その他: )

4、薬、造影剤、食べ物でアレルギーはありますか? (ない・ある: )

5、御家族で心臓(狭心症/心筋梗塞/不整脈/突然死/弁膜症)、糖尿病、高脂血症、高血圧、

腎臓病、脳梗塞、癌にかかった方はいますか? (いない・いる: )

6、タバコについて(吸わない・吸う: 本× 年、止めた: 本、 年前まで)

7、アルコールはどれくらい飲みますか? (ない・毎日・たまに、どれくらい: )

8、女性の場合、現在妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)

9、尿検査できますか? (できる・したくない・できない:生理中・来院前にしてきた)