

問診表(呼吸器症状)

くにか内科・循環器呼吸器クリニック

| | | | |
|------|-------------|------|-------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | 男 女 歳 |
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 西暦 | 年 | 月 日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (自宅) | (携帯) | |

■いつからどのような症状がありますか

| |
|---|
| ・せき ・たん ・たんに血が混じる ・発熱 ・息切れ ・胸の痛み ・健診異常 ・その他() ・いつ頃から |
| ★歩くとき息切れがしますか？ (はい ・ いいえ) ・階段を上がると ・500mくらい動くと ・50mくらい動くと ・安静にしても 症状がある |
| ★以前、ぜんそくや肺の病気があるとされたことがありますか？ (はい ・ いいえ) 病名() |
| ★気になることをご記入ください * 介護保険を申請していますか？ (はい ・ いいえ) 種類(要支援 要介護) * ペットを飼っていますか (はい ・ いいえ) 種類() |

■服薬中の薬 (あり ・ なし) サプリメントを含む

| |
|---------------------------|
| 記入欄(お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません) |
|---------------------------|

■既往歴

■入院歴

| | |
|--|---|
| 高血圧 (あり ・ なし) 糖尿病 (あり ・ なし) 心臓病 (あり ・ なし) 気管支喘息 (あり ・ なし) 脳梗塞 (あり ・ なし) 前立腺肥大 (あり ・ なし) アレルギー (あり ・ なし) 副作用 (あり ・ なし) | 病名 いつ頃 手術歴 (あり ・ なし) 輸血歴 (あり ・ なし) |
| * アレルギーや副作用があった方は具体的にご記入ください | |

■嗜好

| |
|--|
| タバコを吸いますか？ (はい ・ 歳で禁煙 ・ いいえ) 1日()本 X ()年間 |
| お酒を飲みますか？ (はい ・ いいえ) (毎日 ・ 日くらい/週 ・ 時々) 飲酒 種類・量() |

■ご希望の検査はございますか？

| |
|--|
| ・採血 ・肺年齢 ・胸のレントゲン ・アレルギー/結核/肺がん の検査 ・検尿 ・心電図 ・肺血管のエコー ・その他() |
|--|

<以下の項目は看護師が記入します>

| | | | |
|-------------------------------|------|-------|----|
| 血圧 | mmHg | 体温 | ℃ |
| 脈拍 | 拍/分 | 酸素飽和度 | % |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| * ワクチン歴 (肺炎球菌 インフルエンザ 新型コロナ) | | | |