

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	職業：
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年	月 日 歳
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 ・鼻水 ・のどの痛み ・息切れ ・胸の痛み
 ・健診異常 ・その他 ()

・いつ頃から

★歩くと息切れがしますか（はい・いいえ）

・階段を上ると ・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言われたことがありますか？

(はい ・ いいえ) 病名 ()

★気になることを記入してください

※ペットを飼っていますか（はい→種類() ・ いいえ）

※現在、妊娠の可能性はありますか（はい・いいえ） 授乳中（はい・いいえ）

※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）

■服薬中の薬（あり・なし）サプリメント含む

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）	前立腺肥大	（あり・なし）	病名	いつ頃		
糖尿病	（あり・なし）	緑内障	（あり・なし）	手術歴	輸血歴		
心臓病	（あり・なし）	アレルギー	（あり・なし）				
気管支喘息	（あり・なし）	副鼻腔炎	（あり・なし）				
脳梗塞	（あり・なし）	花粉症	（あり・なし）			（あり・なし）	（あり・なし）

※アレルギーや薬の副作用がある方は具体的に記入ください

■嗜好

タバコを吸いますか	・はい…1日（ 本）×（ 年間） ・禁煙した… 歳頃 ・いいえ
お酒を飲みますか	・はい…（ 毎日 ・ 日くらい/週 ・時々） 飲酒種類・量（ ） ・いいえ

■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）			
※感染症罹患歴（インフルエンザ 年 月頃、新型コロナ 年 月頃）・なし			