

# 【 呼吸器内科 問 診 票 】

記入日： 年 月 日

※診察前にご記入をお願いします。

フリガナ				性別		身長 ( )cm	
氏名				男	女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	年齢	歳	体重 ( )kg

※現在の症状についてお尋ねします。

どうされましたか？ ( )	体温 度
いつから？ ( )	SpO2 %

※質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

	質 問 事 項	回 答 欄	
①	息切れはありますか。 どういう時に息切れがありますか？ ( 階段を上るとき ・ 安静時 ・ 就寝時 )	はい	いいえ
②	肺結核と言われたことはありますか。	はい	いいえ
③	または結核の方に暴露、接触されたことはありますか。	はい	いいえ
④	お仕事はなにをされていますか ( )		
⑤	今までにかかったことのある病気はありますか。 ( 高血圧・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・緑内障・痛風・脳梗塞 ) 何歳ごろからですか？ ( 歳ごろ)	はい	いいえ
⑥	今までに手術をしたことがありますか。 いつごろ ( ) どのような手術 ( )	はい	いいえ
⑦	アレルギー体質ですか。 ( 喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー )	はい	いいえ
⑧	ご出身はどちらですか。 日本 ( 県 市 ) 海外 ( )		
⑨	いままでにアスベスト・粉塵の暴露はありますか。	はい	いいえ
⑩	血縁者に肺のご病気をお持ちの方はいらっしゃいますか 疾患名 ( ) ご関係 ( )	はい	いいえ
⑪	タバコを吸われたことはありますか。 いつから ( 歳) いつまで ( 歳) 1日の量は？ ( 本)	はい	いいえ
⑫	羽毛布団使用, 鳥の飼育・接触, ダウンジャケット使用はありますか	はい	いいえ
⑬	ご自宅に鳥の剥製はありますか。	はい	いいえ
⑭	加湿器はご使用されていますか。	はい	いいえ
⑮	ご自宅は築何年ですか。 ( ) 年		
⑯	ご自宅は木造ですか。	はい	いいえ
⑰	家庭菜園等の土いじりはされますか。	はい	いいえ

※個人情報の取り扱いについて

- ①上記の内容は、個人情報の保護に関する法律に準拠した当院の個人情報規定により適切に管理いたします。
- ②患者様の個人情報の利用は、掲示等でお知らせした内容に限定して利用させていただきます。

社会医療法人社団光仁会 第一病院 (受付担当者： )