

来院前問診番号: _____

No. _____

新こがねい呼吸器内科 問診票

記入日: _____年 _____月 _____日

フリガナ
お名前 _____ 性別 男 女
生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____年 _____月 _____日 年齢 _____歳 _____か月
ご住所 〒 _____
お電話 自宅 Tel _____ 携帯 Tel _____

1. 体温 _____℃ (平熱 _____℃) SpO₂ _____% 呼気 NO _____ppb
血圧 _____/_____ 身長 _____cm 体重 _____kg

※問診1. は空欄のままで結構です。来院されてから測定いたします。

※来院前問診番号をお持ちの方は、4. から 10. をご記入ください。

2. 本日はどのような症状がありますか。
(_____)
健康診断希望 予防接種希望 (_____)
3. その症状はいつからありますか。 (_____)
4. 喫煙歴はありますか。 はい (現在・過去) 1日 _____本× _____年間 いいえ
5. 動物や鳥は飼っていますか。 はい (_____) いいえ
6. ご職業は何ですか。 (_____)
お仕事のとき粉じんや刺激物を吸引することはありますか。 ある ない
7. 食物や薬で、気分が悪くなったり、発疹が出たことはありますか。
ある 食物 (_____)、薬 (_____) ない
8. 今、治療中のご病気はありますか。
ある (_____) ない
9. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠の可能性はありますか。
ある (最終月経 _____月 _____日頃) ない
10. 女性の方にお尋ねします。現在、授乳中ですか。
はい いいえ