

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. は空欄のまま結構です。来院されてから測定いたします。

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

ご記入ありがとうございました。