

No.

新こがねい呼吸器内科 問診票

記入日： 20 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。

2. 本日はどのような症状（※文章ではなく単語で記入）がありますか。
（ ）（ ）（ ）（ ）
そのうち、主な症状はいつからありますか。（ 月 日 頃から）
健康診断希望（ ） 予防接種希望（ ）
3. 喫煙歴はありますか。 はい（現在・過去）1日 _____本× _____年間 いいえ
4. 動物や鳥は飼っていますか。 はい（ ） いいえ
5. ご職業は何ですか。（ ）
お仕事のとき粉じんや刺激物を吸入することはありますか。 ある ない
6. 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
7. 今、治療中のご病気はありますか。
ある（ ） ない
8. 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
9. 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。