

【主として咳症状でお困りの方、1週間以上咳が続く方・長引く咳問診票】

記入日： 年 月 日

氏名 _____

来院時体温： _____ °C

1. 咳はいつから認められますか？ _____
2. 過去に風邪の後に咳が長引いたことはありますか？ (はい・いいえ)
3. 1年の中で一定の時期に長引く咳の症状が出ることはありますか？ (はい・いいえ)
4. ここ1週間の中で 37.5°C以上の発熱はありますか？ (はい・いいえ)
5. 咳がないときの普段の呼吸の時にぜんそくのようにヒューヒュー音が鳴ることはありますか？ (はい・いいえ)
6. 胸やけを認める、あるいは食後に咳がひどくなることはありますか？ (はい・いいえ)
7. 鼻水はありますか？ (はい・いいえ)
8. 鼻づまりはありますか？ (はい・いいえ)
9. 鼻水が、のどの方にまわってしまう、あるいは鼻水を飲み込んでしまうことはありますか？ (はい・いいえ)
10. アレルギー性鼻炎、アレルギー性皮膚炎、蓄膿症(副鼻腔炎)の既往はありますか？ (はい・いいえ)
11. ここ1-2か月で海外旅行や海外出張に出かけていますか？ (はい・いいえ)
12. ここ半月以内に温泉に行きましたか？ (はい・いいえ)
13. オウムやインコを飼っていますか？また最近、飼っていたオウムやインコがなくなってしまったことはありましたか？ (はい・いいえ)
14. 家族や会社など身近に接する人の中で、2-3週間以上長引く咳の方はいましたか？ (はい・いいえ)
15. 冷たい空気やタバコの煙で咳がひどくなることはありますか？ (はい・いいえ)
16. 夜間に咳で目が覚めてしまうことはありますか？ (はい・いいえ)
17. 今回の咳で他の病院を受診されましたか？ (はい・いいえ)
受診されたとき、胸のレントゲンは撮りましたか？ (はい・いいえ)
- そのときにお薬は処方されましたか？ (はい・いいえ)

お薬の名前： _____

18. これまで喫煙したことはありますか？ (はい→1日 本を 年間 -いいえ)
19. 《女性の方》現在妊娠していますか？ (はい→妊娠 週・可能性がある・いいえ)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)
20. 緑内障と言われたことはありますか？ (はい・いいえ)
21. 《50歳以上の男性の方》前立腺肥大はありますか？ (はい・いいえ)
22. お薬のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

お薬の名前： _____