

【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

・現在治療中の持病はありますか? あり()・なし

・咳はいつから認められますか? 発症の時期:

・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)

・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)

・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)

・咳がないときの普通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)

・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)

・鼻水はありますか? (はい・いいえ)

・鼻づまりはありますか? (はい・いいえ)

・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)

・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)

・味覚障害はありますか? (はい・いいえ)

・嗅覚障害はありますか? (はい・いいえ)

・体がだるい感覚はありますか? (強い・ややあり・なし)

・最近コロナウィルスに感染した方はいましたか (はい・いいえ)

・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)

・ここ半月以内に温泉に行きましたか? (はい・いいえ)

・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)

・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)

・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)

・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)

・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:

・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)

・《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)

・緑内障と言われたことはありますか? (はい・いいえ)

・《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)

・食物アレルギーはありますか? あり()・なし

・お薬のアレルギーはありますか? (はい・いいえ)

お薬の名前: