

# 【咳問診票】

記入日： 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

来院時体温： \_\_\_\_\_ °C

- ・咳はいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ から)
- ・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)
- ・喘息のようなヒューヒューとした音が鳴ることはありますか？ (はい・いいえ)
- ・胸やけがある、また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)
- ・鼻水が喉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)
- ・体がだるい感覚はありますか？ (強い・ややあり・なし)
- ・5日以内に新型コロナウイルス陽性者との接触はありますか？ (はい・いいえ)
- ・ここ1~2ヶ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2週間以内に温泉に行きましたか？ (はい・いいえ)
- ・鳥を飼っていますか？また最近、飼っていた鳥が亡くなってしまったことはありましたか？ (はい・いいえ)
- ・身近な人の中に2~3週間以上咳が長引いている方はいましたか？ (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)
- ・今回の咳症状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)
- ・基礎疾患はありますか？ (はい・いいえ)

## 病名： \_\_\_\_\_

- ・お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

## お薬・食べ物の名前： \_\_\_\_\_

どんな症状がでますか？: \_\_\_\_\_