

【咳問診票】

記入日: 年 月 日

氏名

- コロナ検査希望 あり なし
- インフル検査 あり なし
- 溶連菌検査 あり なし

※医師の判断で対応が変わる場合もあります。

来院時体温: °C

- ・咳はいつからですか? (から)
- ・痰がらみはありますか? (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(後鼻漏)ことはありますか? (はい・いいえ)
- ・咳の前に喉がムズムズする感じはありますか? (はい・いいえ)
- ・咳払いがありますか? (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)
- ・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)
- ・緑内障と言われたことはありますか? (はい・いいえ)
- ・糖尿病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)
- ・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)
- ・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)
- ・基礎疾患はありますか? (はい・いいえ)

病名: