

咳に関する問診票

お名前 _____

※当てはまるところに○もしくは□にチェックをつけて下さい。

1. 咳はいつごろから始まりましたか？ 月 日 頃から
2. 最初に風邪症状がありましたか？ はい (日前) いいえ
3. 市販の咳止め・風邪薬・前医の薬は効きましたか？ 内服なし・効果なし・効果あり
4. だんだん咳がひどくなってきましたか？ はい いいえ
5. 咳のひどい時間帯がありますか？ 朝 日中 就寝時 夜中 明け方
6. 咳がでるきっかけがありますか？ ない ある ⇒下記項目□にチェックを

- 空気の变化(湿度や温度差) ほこり・人ごみ等
 会話を始めた時・会話中 布団に入る お風呂に入る
 運動等した時 前かがみになった時 食事の最中または後
 疲れた時 その他()

7. 咳はどこから出ていると思いますか？ 胸 喉 どちらも どこかわからない
8. 痰がでますか？ ない ある ⇒下記項目□にチェックを

- からむだけで見ていない 薄い色がついている 透明もしくは泡状
 濃い色(黄色や緑など)がついている 粘調で吐き出しにくい
 血が混じることがある その他()

9. このような咳は以前にもありましたか？ 年前 ヶ月前

10. 鼻炎症状がありますか？

ない ある (鼻水 くしゃみ 鼻づまり 鼻水が喉の奥に流れる)

11. 喉もしくは胸に以下の症状がありますか？

ない ある (かゆみ むずむず いがいが つまった感 異物感 痛み)

12. 咳が出る時に『ゼーゼー・ヒューヒュー』音がしている感じはありますか？ はい いいえ

13. 今回詳しい検査を希望されますか？

- 胸部レントゲン検査 アレルギー検査 肺機能検査 (身長: cm)
 NO測定 相談してから 希望しない【薬のみ】

～ご協力ありがとうございました。個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません～