

フリガナ  
お名前

性別 男・女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)

住所 〒 電話番号

※以下の枠内は詳しくご記入ください。

●どのような症状でお困りでしょうか。マルで囲んでください。

咳 ・ 痰 ・ 息切れ ・ 胸痛 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 ・ 発熱 ( 度)

腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔気 ・ その他

●症状はいつからですか？

●症状の経過 (症状が2週間以上持続している方はお書きください)

※咳が辛い方は以下の質問にマルで囲んでお答えください。

- 1.小児喘息はありましたか？ はい いいえ
- 2.喘息と言われた事がありますか？ はい いいえ
- 3.ご家族で喘息の方はいますか？ はい いいえ
- 4.咳は昼間よりも夜に多いですか？ はい いいえ どちらともいえない
- 5.夜、咳で眠れないほどですか？ はい いいえ
- 6.過去にかぜで咳が長引く事がありましたか？ はい いいえ
- 7.今回あるいは過去に胸がゼイゼイしたことがありますか？ はい いいえ

●既往歴 (発症年齢も判る範囲でご記入お願いします)

- ・ 歳 ( )
- ・ 歳 ( )
- ・ 歳 ( )
- ・ 歳 ( )
- ・ 歳 ( )

●アレルギー (薬・食べ物)

・ある ・ない

●薬による副作用

・ある ( ) ・ない

●いま飲んでいる薬はございますか

・ある ・ない

●喫煙歴

- ・ ある (現在も喫煙中・以前まで喫煙していた) 1日 ( ) 本× ( ) 年
- ・ まったくない

I D \_\_\_\_\_