

【呼吸器内科診療申込書】

日付： 年 月 日

フリガナ	_____				
お名前	_____				男・女
生年月日	昭・平・令	年	月	日	(歳)
ご住所	〒 _____				
お電話番号	(携帯)				(自宅)

①現在、どのような症状がありますか？

- せき たん 息苦しさ 胸の痛み 鼻水・鼻づまり
その他 (_____)

②その症状はいつからですか？

- 昨日 本日 2～3日前 1週間前 それ以上

③きっかけはありましたか？

- ない ある (_____)

④今までに治療されたことがある病気はありますか？

- 喘息 (小児期含む) 花粉症 アトピー 肺炎 結核 気胸
その他 (_____)

⑤今までに薬でアレルギー症状がでたことはありますか？

- ない ある (_____)

⑥アルコール過敏症 (アレルギー) がありますか？

- ない ある

⑦喫煙歴はありますか？

- ない ある ⇒ 過去吸っていた (才～ 才)
現在も吸っている 平均 本/日

⑧動物は飼っていますか？

- いいえ はい (_____)

⑨過去に粉じん (石や金属の粉、石綿など) を吸った可能性はありますか？

- ない ある

⑩マイナンバーカードお持ちの方へ

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
しない する 持っていない

⑪この1年間で健康診断を受けましたか？

- 受診してない 受診した

⑫女性の方へ

- 妊娠中または授乳中ですか？
いいえ はい

※看護師記入欄

体温		SP02		脈		血圧	① /	② /
----	--	------	--	---	--	----	-----	-----