

# 咳が長く続く方の問診票

氏名

様

咳はどれくらい つづいていますか

- 2週間
- 3週間
- 1か月
- 2か月以上 ( )

咳が長く続くことが 以前にもありましたか

- 今回がはじめて
- これまで2-3回ある
- 毎年のようにある

医師から喘息や咳喘息と言われたことがある

- いいえ
- ある( 歳頃)

親、子、兄弟に喘息のひとがいる

- いる
- いない

喉や胸でヒューヒュー、ゼーゼーをかんじる

- はい
- いいえ

動くと息が苦しい、息切れがある

- はい
- いいえ

咳のではじめたころは かぜがみだった

- はい
- いいえ

熱のようすについて

- ずっとある
- 当初のみあった
- ない

のどのイガイガ ズズズ 詰まった感じ がある

- はい
- いいえ

痰がありますか 痰はない 痰がある 白色痰

- 黄色・緑色痰
- 濃い
- 薄い
- 血が混じる

副鼻腔炎・蓄膿症と言われたことがある

- はい
- いいえ

のどが痛い 鼻・耳が痛い

- はい
- いいえ

どんなときに咳が出やすいですか、いくつかチェック

- ねる前
- 睡眠中
- 早朝
- 起床時
- 会話・電話時
- 冷たい空気を吸ったとき
- 食事中
- 食後
- 職場
- 休みの日
- 緊張したとき
- その他 \_\_\_\_\_

前の医療機関で処方された薬の内容と効果 (1枚目に書かれた方はここは不要です)

---



---

食べたものがノドや胸で詰まることがある

- はい
- いいえ

食事で よくむせること(誤嚥)がある

- はい
- いいえ

胃液がノドや胸にあがってくる 逆流性食道炎といわれ

- はい
- いいえ

血圧の薬をのんでいる

- はい
- いいえ

鼻の奥からノドに向かって鼻水が流れているように感

- はい
- いいえ

半年前と比べて体重の変化がありますか

- 増えた
- 減った
- 変化なし

## 担当医師記入欄

- |   |                                   |                                  |                                 |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wheeze/Strider | <input type="checkbox"/> 呼気NO     | <input type="checkbox"/> 感染症     | <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症 |
| <input type="checkbox"/> 本人喘息歴          | <input type="checkbox"/> 冷気夜間早朝の咳 | <input type="checkbox"/> 発熱      | <input type="checkbox"/> 誤嚥     |
| <input type="checkbox"/> 遷延咳嗽の既往        | <input type="checkbox"/> 冷気 会話で咳  | <input type="checkbox"/> CRP陽性   | <input type="checkbox"/> 食道病変   |
| <input type="checkbox"/> 好酸球増多          | <input type="checkbox"/> 先行感染     | <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎(歴) | <input type="checkbox"/> 咽喉頭病変  |
| <input type="checkbox"/> 喘息家族歴          | <input type="checkbox"/> CXP正常    | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎  | <input type="checkbox"/> 薬剤性    |
| <input type="checkbox"/> 本人アレルギー歴       | <input type="checkbox"/> 白色痰      |                                  | <input type="checkbox"/> 心因性    |