

# 咳が長く続く方の問診票

年 月 日

氏名 様 ID

咳はどれくらい つづいていますか <input type="checkbox"/> 2週間 <input type="checkbox"/> 3週間 <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月以上 ( )	
咳が長く続くことが 以前にもありましたか <input type="checkbox"/> 今回がはじめて <input type="checkbox"/> これまで2-3回ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある( 歳頃)	親、子、兄弟に喘息のひとがいる <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
喉や胸でヒューヒュー、ゼーゼーをかんじる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動くと息が苦しい、息切れがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
病院で吸入薬を処方されたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	咳がひどくて 家事・仕事・睡眠が さまたげられる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
咳のはじめたころは かぜぎみだった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	熱のようすについて <input type="checkbox"/> ずっとある <input type="checkbox"/> 当初のみあった <input type="checkbox"/> ない
痰がありますか <input type="checkbox"/> 痰はない <input type="checkbox"/> 痰がある <input type="checkbox"/> 白色痰 <input type="checkbox"/> 黄色・緑色痰 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 血が混じる	のどのイガイガ ムズムズ 詰まった感じ がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
副鼻腔炎・蓄膿症と言われたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	いびきがひどいと何度か言われたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
どんなときに咳が出やすいですか、いくつでもチェック <input type="checkbox"/> ねる前 <input type="checkbox"/> 睡眠中 <input type="checkbox"/> 早朝 <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 冷たい空気を吸ったとき <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 休みの日 <input type="checkbox"/> 会話・電話時 <input type="checkbox"/> 緊張したとき <input type="checkbox"/> 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) <hr/> <hr/> <hr/>	
食べたものがノドや胸で詰まることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食事で よくむせること(誤嚥)がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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た <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	血圧の薬をのんでいる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鼻の奥からノドに鼻水が流れているように感じる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	半年前と比べて体重の変化がありますか <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし