

診 療 申 込 書

フリガナ			年齢	性別	男性		.	女性		
名前			歳	生年月日	大正	昭和	年	月	日	
			ヶ月		平成					
住所	〒									
自宅電話				携帯電話						

* 来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)

クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他 ()

ミュージア川崎こどもクリニック

小児科専門外来問診票（気管支喘息）

記入日 月 日

お名前 _____ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 _____ cm ; 体重 _____ kg (出生週数 _____ 週;出生体重 _____ g)

- 1) 喘息と診断されたことはありますか。 (はい/いいえ)
それは、いつですか。 (_____ 歳 _____ ヶ月頃)
- 2) ゼーゼー/ヒューヒューしている、または喘鳴があるとされたことはありますか。
(はい/いいえ)
初めて言われたのはいつですか (_____ 歳 _____ ヶ月頃)
これまでに何回くらいありましたか。 (約 _____ 回)
- 3) ここ3か月の状態で最も当てはまるものはどれですか。
① 季節性に咳や軽いゼーゼーが1-2回あった。
② 咳や軽いゼーゼーが月に1回以上あった。
時に苦しくなるが、眠れていた/登園・登校できていた。
③ 咳や軽いゼーゼーが週に1回以上あった。時々ゼーゼーや咳き込みが強くなり、
眠れなかった/登園・登校できなかった。
④ 咳や軽いゼーゼーは毎日あった。週に1-2回、ゼーゼーや咳き込みが強くなり、
眠れなかった/登園・登校できなかった。
- 4) これまでに受けてきた治療は
① オノン/プランルカスト、シングレア/キプレス/モンテルカスト
(_____ 年 _____ 月から毎日/症状ある時のみ)
② パルミコート、フルタイド、キュバル、アドエア、その他吸入ステロイド
(_____ 年 _____ 月から毎日/症状ある時のみ)
③ その他 (_____)
- 5) 今までに大きな病気にかかったことはありますか。
または現在治療中の病気はありますか。
(_____)
- 6) 湿疹以外のアレルギー疾患と診断されたことはありますか。
(なし/喘息/アレルギー性鼻炎/アレルギー性結膜炎/花粉症/食物アレルギー/その他)
- 7) ご家族でアレルギー疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか。
間柄 / 疾患名
(_____ / _____)
(_____ / _____)
(_____ / _____)

上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。