

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性
名前		歳 ヶ月	生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日
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()

ミューザ川崎こどもクリニック

気管支喘息 初診時間診票

ふりがな
お名前 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

1. 喘息と診断されたことはありますか。

はい・いいえ (「はい」の方: _____ 歳 _____ ヶ月頃)

2. ゼーゼー/ヒューヒューしている、または喘鳴ぜんめいがあると言われたことはありますか。

はい・いいえ

①初めて言われたのはいつですか。 (_____ 歳 _____ ヶ月頃)

②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/بران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. 喘息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/乳児湿疹/アトピー性皮膚炎/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 (_____)

6. 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。

問 柄	診 断 名
父・母・兄・姉・弟・妹	気管支喘息・乳児湿疹・アトピー性皮膚炎・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
父・母・兄・姉・弟・妹	気管支喘息・乳児湿疹・アトピー性皮膚炎・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