

氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 年齢 _____ 歳

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい
2. あなたは、どのような理由で当科を受診されましたか？（当てはまるものすべて）
 咳 痰 発熱 息切れ 胸の痛み 血痰 精密検査（二次健診） 症状なし
 その他（ _____ ）

症状は、いつからですか？（例 H30年1月5日頃から） _____

3. 今までにかかったことのある病気を○で囲み、発症した年齢を書いて下さい。

がん（ _____ 歳、部位： _____ 治療状況： _____ / _____ 歳、部位： _____ 治療状況： _____ ）

肺の病気（肺気腫： _____ 歳、喘息： _____ 歳、肺結核： _____ 歳、間質性肺炎： _____ 歳、その他： _____ ）

心臓の病気（ _____ 歳、 _____ ）、高血圧（ _____ 歳）、糖尿病（ _____ 歳）、胃腸病（ _____ 歳）

脳の病気（ _____ 歳、 _____ ）、肝臓病（ _____ 歳）、腎臓病（ _____ 歳）、リウマチ・膠原病（ _____ 歳）

その他の病気・ケガ・手術（盲腸など） _____

4. 今までに、食べ物、飲み薬、注射、点眼薬などでアレルギー症状（発疹、気分不良、ショックなど）を起こしたことはありますか？ はい いいえ

内容 _____

5. タバコは吸いますか？ 診断のために大事な情報ですので、正直にお答えください

 現在も吸っている（1日 _____ 本）（ _____ 歳 ~ _____ ）（ _____ 年間） 以前に吸っていた（1日 _____ 本）（ _____ 歳 ~ _____ 歳）（ _____ 年間） 一度も吸ったことがない

6. 同居家族や職場でタバコを吸っている人はいますか？ はい いいえ

7. お酒は飲みますか？

 ほぼ毎日飲む（種類 _____ 1日に飲む量 _____ ） 機会があれば飲む 飲まない

8. 今までの職業歴を具体的に教えて下さい（例 20~40歳：建築業、40~60歳：解体工事）

9. 現在、病院からのお薬や、健康食品、サプリメントを飲んでいますか？ はい いいえ

お薬がある場合は、処方されている病院名を書いて、お薬手帳を提示してください。

（例 愛大の内科、〇〇クリニック）

10. 血のつながった方（両親、兄弟、祖父母、子供）の病気を教えて下さい（例 祖父：肺がん）

11. 近くにかかりつけの病院はありますか？ はい いいえ 病院名 _____

12. 肺炎球菌ワクチンを接種しましたか？ はい いいえ 病院名 _____

いつ頃 _____ ワクチンの種類（ニューモバックス / プレベナー / わからない）

※ニューモバックスは5年に1回、プレベナーは一生に1回接種もの