

診 療 申 込 書												
フリガナ				年齢	性別	男性			・	女性		
名前				生年月日	歳	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 (       )												
二子新地ひかりこどもクリニック												

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。