

※プリントアウトして、当てはまる項目に記入しご持参下さい。

循環器・呼吸器病の問診表		1/3
お名前()様 ()ちゃん		
●主な症状は？		
☐ 元気がない	☐ 運動を嫌う	
☐ 咳をする	☐ 呼吸が苦しそう	
☐ その他()	☐ 突然倒れる	
●いつもいる場所は？		
☐ 屋外	☐ 屋内	
☐ 屋外と屋内両方(比	:)	
●最近体重が変化しましたか？		
☐ いいえ	☐ はい(☐ 増えた ☐ 減った)	
●よろめいたり突然倒れたりすることがありますか？		
☐ いいえ	☐ はい (☐ よろめく ☐ ふらつく ☐ バタッと倒れる)	
●フィラリアの予防をしたことがある、または治療経験がありますか？		
☐ いいえ	☐ はい (☐ 成虫駆除 ☐ その他の治療 ☐ 経験なし)	
●歯ぐき・舌の色が変化しましたか？		
☐ いいえ	☐ はい(色は？)	
●食欲が変化しましたか？		
☐ いいえ	☐ はい(☐ 増えた ☐ 減った)	
●水をよく飲むようになりましたか？		
☐ いいえ	☐ はい	
●嘔吐しますか？		
☐ いいえ	☐ はい(内容物の色は？)	
●便の色・硬さが変化しましたか？		
☐ いいえ	☐ はい	
上の質問で「はい」を選択された方⇒どのような便ですか？		
☐ 硬い	☐ 軟らかい	
☐ 多い	☐ 少ない	
☐ いつから？(月 日 時頃)	☐ 液状(色は？)	
☐ 量は普通		
●尿の色が変化しましたか？		
☐ いいえ	☐ はい(色は？)	
●おなかが膨れてきたと思いますか？		
☐ いいえ	☐ はい	
●運動すると呼吸が苦しそうになりますか？		
☐ いいえ	☐ はい	
●夜間呼吸が苦しそうになりますか？		
☐ いいえ	☐ はい	
●安静時に呼吸が速いことがありますか？		
☐ いいえ	☐ はい	

●運動すると咳をすることがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●夜間咳をすることがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●安静時に咳をすることがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●鼻水が出ていますか？

☐ いいえ ☐ はい(☐ 右鼻 ☐ 左鼻 ☐ 両鼻)

●食べ物を飲み込むのがつらそうですか？

☐ いいえ ☐ はい

●よだれが出ていますか？

☐ いいえ ☐ はい(☐ 常に ☐ 時々)

●口を開けたまま呼吸していますか？

☐ いいえ ☐ はい

●血を吐いたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●血縁関係に循環器・呼吸器病がありましたか？

☐ いいえ ☐ はい(☐ 両親 ☐ 兄弟 ☐ 子供) ☐ わからない

●同時期に生まれた子供と比べて発育はどうですか？

☐ 良い ☐ 普通 ☐ 悪い ☐ わからない

●脚が腫れたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●出血に気がついたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい(☐ すぐ止まる ☐ 止まりにくい)

●脚を引きずることがありますか？

☐ いいえ ☐ はい ☐ 過去あった() 頃)

●震えることがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

●現在投薬をしていますか？

☐ いいえ ☐ はい(何のお薬ですか？)

●何か病気をしたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい(病名)

●外科手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい(☐ 去勢 ☐ 避妊 ☐ その他())

●交通事故・大きな怪我をしたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい(具体的に)

●食餌・薬でアレルギーを起こしたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(何で)

●心電図検査を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(どこで)

●胸部レントゲン検査を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(どこで)

●血液検査を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(どこで)

御協力ありがとうございました。より良い診療のためにこれらの情報はとても重要になります。