せき・たんアンケート

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿　男・女

1．せきはいつから出ていますか？＿＿＿日前　＿＿＿週間前

2．せきはいつ多く出ますか？　①早朝　②昼　③夜　④寝る前　⑤一日中

3．せきは強いですか、弱いですか？　①強い　②弱い

4．夜中にせきで目が覚めることがありますか？　①ある　②ない

5．何か思い当たるきっかけはありますか？（かぜ等）
（　　）

6．はじめに熱はありましたか？　①ある（　　℃ぐらい）　②ない

7．のどに痛みや違和感はありますか？（イガイガ感、のどにひっつく感じ等）
①ある（　　）　②ない

8．鼻水、鼻づまりはありますか？　①ある　②ない

9．たんの量はどうですか？　①非常に多い　②多い　③少ない　④ない

10．たんの色はどうですか？　①茶色　②白っぽい　③透明　④（　　）色

11．たんのきれはどうですか？　①良い　②悪い

12．坂道や階段などで息切れや呼吸困難はありますか？　①はい　②いいえ

13．安静にしていても息苦しく感じることがありますか？　①ある　②ない

14．ゼーゼー、ヒューヒューと音がしたことはありますか？　①ある　②ない

15．夜半から明け方にかけてせき・たん・呼吸困難などがありますか？
①ある（　　）②ない

16．日中でせき・たん・呼吸困難などがありますか？　①ある　②ない

17．運動するとせき・たん・呼吸困難はありますか？　①ある　②ない

18．寒暖の差や電車などの人混みでせきが出やすいですか？　①はい　②いいえ

19．他人のタバコの煙や香水などの匂いは気になりますか？　①はい　②いいえ

20．胸やけ、胃の痛みはありますか？　①ある　②ない

21．胸や背中の痛みはありますか？　①ある　②ない

22．アレルギー疾患といわれたことはありますか？（花粉症、喘息、アトピー、その他）
①ある（　　）　②ない

23．ペットは飼っていますか？　①はい（犬、猫、その他　　）　②いいえ

24．周りで風邪やせきをしている人はいますか？　①はい　②いいえ
同居の方（　　）職場等（　　）

25．現在タバコは吸いますか？　①はい　②いいえ
・はいの方　1日＿＿＿本くらい　＿＿＿年間＿＿＿才　～
・いいえの方　①全くなし
②過去に吸っていた　＿＿＿年前にやめた、＿＿＿ヶ月前にやめた
1日＿＿＿本くらい　＿＿＿年間＿＿＿才　～＿＿＿才
・家庭や職場で、タバコを習慣的に吸う人がいますか？　①はい　②いいえ
・はいの方　家族（　　）職場（　　）

26．今回のせきで他院に受診されたことはありますか？　①ある　②ない