せき・たんアンケート

H29.9.11 改訂版

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　＿＿＿ヵ月

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．今日の咳は 10 段階で強いですか、弱いですか？

0　5　10(想像できる最悪の咳)

|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|＿＿＿|

4．夜中にせきで目が覚めることがありますか？　①はい　②いいえ

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はい（　　℃ぐらい）　②いいえ

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はい（　　）　②いいえ

8．鼻水、鼻づまりはありますか？　①はい　②いいえ

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赤黒い　②緑色　③黄色　④白　⑤透明

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はい　②いいえ

14．ぜーぜー、ヒューヒューと音がしたことはありますか？　①はい　②いいえ

15．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

16．煙や香水などで咳がひどくでますか？　①はい　②いいえ

17．特定の場所で咳が多く出る場所がありますか？
①家　②職場　③学校　④その他（　　）

18．胸やけ、腹痛はありますか？　①はい　②いいえ

19．胸や背中の痛みはありますか？　①はい　②いいえ

20．アレルギー疾患といわれたことはありますか？又、家族でアレルギー疾患の方はいますか？
（アレルギー性鼻炎、花粉症、喘息、アトピー、その他）
①はい（　　）②いいえ

21．ペットは飼っていますか？　①はい（　　）　②いいえ

22．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（　　）

23．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　＿＿＿才　～＿＿＿才
・家庭や職場で、タバコをすぐ近くに吸う人がいますか？　①はい　②いいえ
・はいの方　家族（　　）職場（　　）

24．今回のせきで他院に受診されましたか？　①はい　②いいえ

25．過去に長く続いた咳(３週間～８週間以上)はありましたか？　①はい　②いいえ