

せき・たんアンケート

H31.3.9改訂版

お名前 _____ 年齢 _____ 男・女 _____ 体温 (_____ °C)

1. せきはいつから出ていますか? _____ 日前 _____ 週間 _____ カ月

2. せきはいつ多く出ますか? ①早朝 ②昼 ③夜 ④寝る前 ⑤寝ている最中 ⑥一日中

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 (_____ °C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、のどにひつつく感じ等)

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. 安静にしているでも息苦しく感じることはありますか? ①はい ②いいえ

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. 胸や背中へ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? ①はい ②いいえ

(アレルギー性鼻炎、花粉症、喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、その他 (_____))

21. 家族にアレルギーの方はいますか? ①いる (父・母・兄弟姉妹・その他 (_____)) ②いない

(アレルギー性鼻炎、花粉症、喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、その他 (_____))

22. ペットは飼っていますか? ①はい (_____) ②いいえ

23. 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 (_____)

24. 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、 _____ ケ月前にやめた

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 (_____)

25. 今回のせきで他院に受診されましたか? ①はい ②いいえ

26. 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