間質性肺炎問診票

年　　月　　日　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【１】 あなたが現在認める症状を〇で囲ってください ※発現時期＿＿＿年＿＿月頃 or 健診異常

せき ・ 喀痰 ・ 血痰 ・ 手指の関節痛 ・ 朝の手足のこわばり ・ 筋肉痛・ 眼の乾燥 ・ 口の乾燥 ・ 手足のしびれ又は感覚低下 ・ 眼の眩しさ ・ 発熱・ 体重減少 ・レイノー症状(寒いところで手指が蒼白になる) ・皮疹 ・ 口内炎

【２】 あなたの息切れの程度は以下のどれに近いですか □に✓をいれてください

軽い ⟷ 重い

□激しい運動時のみ息切れを自覚する.	□ゆるやかな上り坂を歩く時に息切れを自覚する.	□息切れのため, 同年代より平坦な道の歩行が遅い.	□息切れのため, 平坦な道を100m歩けない.	□衣服の着替えでも息切れを感じる.

【３】 あなたはこれまでにタバコを吸ったことはありますか？ ※加熱式や電子タバコも含む

□無い　□ある ➡ 現在も喫煙している １日＿＿＿本　□過去に喫煙していた 期間＿＿＿歳～＿＿＿歳

【４】 あなたの生活環境について該当するものを〇で囲ってください

日当たりが悪い ・ 室内の 湿気が多い ・ 室内に カビが生えている ・ 住居築年数 (　　)年 ・ 鉄筋 or 木造

加湿器使用 ・ ペット飼育経験あり (　　) ・ 羽毛製品(寝具類・衣類・剥製) ・ 鳥が来る

【５】 あなたは現在サプリメントや漢方薬などの健康食品を使用していますか？

□いいえ ・ □はい ➡ 飲んでいる物の名称を記載してください. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（紹介時ご持参ください）

ご協力いただき有難うございました

…… 医 療 機 関 記 入 欄 ……

咳	息切れ	捻髪音

←左記１つでも該当する場合、間質性肺炎の可能性がありますので(この用紙とともに)ご紹介ください。

※**捻髪音** の聴取方法は右の２次元バーコードよりご確認頂けます。

(日本呼吸器学会ホームページ)

■ 捻髪音	無 ・ 有 (　　)	
■ ＫＬ-6	未 ・ 正常 ・ 異常 (　　)	
■ 自己抗体	未 ・ 正常 ・ 異常 (　　)	
■ 胸部Ｘ線	未 ・ 正常 ・ 異常 (　　)	
■ 胸部 CT	未 ・ 有 (　　)	
■ 肺機能検査	未 ・ 有 (　　)	
※ 紹介の目的	診断/治療 ・ 診断のみ ・ その他 (　　)	
※ 薬剤処方	紹介元で対応 ・ 特殊薬のみ病院希望 ・ 全て病院希望	

紹介元医療機関情報