

**持続する咳の質問票** (当てはまるものに○をつけてください)

1. 咳はいつごろから始まりましたか？ 月 日ころから
2. だんだん咳がひどくなってきましたか？ はい いいえ
3. 市販の咳止め、風邪薬、前医の薬が効きましたか？ 内服なし・効果なし・効いた
4. 咳のひどい時間帯がありますか？ 朝 日中 就寝時 夜中
5. 咳がでるきっかけがありますか？  
特にない 空気の変化（湿度や温度差） ほこり・ひとごみなど  
会話が長くなる 布団にはいる お風呂にはいる  
体を激しく動かす 前かがみになったとき 食事の最中または後  
疲れたとき その他（ ）
6. アレルギー疾患がありますか？（現在・過去も含めて）  
ない 花粉症・アレルギー性鼻炎 気管支喘息 薬剤アレルギー  
じんましん・アトピー性皮膚炎 食物アレルギー
7. 最初はかぜをひいていましたか？ はい（ 日前） いいえ
8. 痰が出ますか？  
ない からむだけでみていない 薄い色がついている  
濃い色（黄色や緑など）がついている（朝だけ、いつも）  
粘調で吐き出しにくい 痰のにおいが臭い  
血が混じることがある 鼻のような痰である
9. 咳はどこから出ていると思いますか？  
胸 のど どちらも どこからかわからない
10. 鼻症状がありますか？  
ある（鼻水 くしゃみ、鼻づまり、鼻水がのどの奥に流れる） ない
11. のどもしくは胸に以下の症状がありますか？  
ある（はしかい むずむず いがいが 乾燥感 つまった感じ 異物感 痛み）  
ない
12. 咳の時にゼーゼー・ヒューヒュー言いますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました、参考にさせていただきます。受付へお渡しく下さい。

田中クリニック院長 田中