



➤ 喫煙しますか？

現在も喫煙している。 以前、喫煙していた。 いままで喫煙したことがない。

1日の喫煙数: \_\_\_\_\_本/日 喫煙をはじめた年齢: \_\_\_\_\_歳 やめた年齢 \_\_\_\_\_歳

➤ アレルギーはありますか？

薬 食べ物 花粉症 ハウスダスト その他

➤ 今までの職業をすべて、順に記入してください。(間質性肺炎の診断に重要です。わかる範囲内で記入してください。)

( \_\_\_\_\_ )

➤ 自宅や職場環境について教えてください。(間質性肺炎の診断に重要です。わかる範囲内で記入してください。)

建物: 木造 / 鉄筋 築年数: \_\_\_\_\_年 階数: \_\_\_\_\_階 風通し: 良い / 悪い

寝室: じゅうたん / 畳 羽毛布団: あり / なし ペット: あり( \_\_\_\_\_ ) / なし

化学物質の危険物の暴露: あり / なし

➤ 当院呼吸器内科をどのように知りましたか？

クリニック・病院からの紹介 家族・知人の紹介 インターネット 雑誌・新聞等  
自宅の近く 職場の近く 専門医がいるため その他( \_\_\_\_\_ )