

血痰・喀血問診票

最初に

血痰は、痰に少量の血が混じること、もしくは痰全体が 真っ赤であること。
 喀血は、少量であっても液体としての血液を吐き出すこととします。

記入 年 月 日

氏名: _____ () 歳 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

1. 出ているのは喀血でしょうか？血痰でしょうか？

喀血がでている	血痰がでている	喀血・血痰の両方がでている
---------	---------	---------------

2. 今回の喀血もしくは血痰は初回ですか？それとも繰り返していますか？

繰り返されてる場合には、どれくらいの期間続いているのかを教えてください。

今回が初めて	今までに何度も繰り返しているが治療するのは初めて	今までに何度も繰り返しているし治療したこともある
今までの喀血期間	年 月 日 ~	年 月 日
今回の喀血期間	年 月 日 ~	年 月 日

3. 喀血量(1日最大量)はどれくらいですか？該当する項目に○をつけてください。

該当する項目がない場合は「その他欄」に直接ご記入ください。

ティッシュに 付着する位	おちよこ () 杯分	100円玉	500円玉	コップ1杯	コップ1杯以上 または洗面器
小さじ/ティースプーン() 杯分			大きじ/テーブルスプーン() 杯分		
その他:					

4. 今までにコップ1杯以上の喀血が出たことはありますか？

ない	ある
----	----

5. 膿性痰(汚い痰)はありますか？量や回数も教えてください。

ない	量 少量・中等量・多量	回数	() 回/日	() 回/週
ある			() 回/月	その他:

6. 血痰もしくは喀血のために命が危ないと感じたことはありますか？

ない	ある
----	----

7. 喀血以外の症状があれば○をつけてください。(複数回答可)

特になし	呼吸が 苦しい	めまい	脱力感	胸痛	動悸	胸の 圧迫感	食欲が ない	その他
------	------------	-----	-----	----	----	-----------	-----------	-----

8. 今までに検診で胸の異常を指摘されたことはありますか？

ない	ある
----	----

9. 症状のためにできない日常生活を教えてください。(複数選択可)

特に変わりはない	横になって寝られない	ベッドから動けない	お風呂に入れない	買物に行けない
歌やカラオケが できない	好きな運動ができない	仕事ができない (現在休職中)	不安でいつも気分が 落ち込んでいる	旅行ができない

10. 息苦しさについて、下記表で該当する項目に○をつけてください。

RC息切れスケール6段階分類

0	息切れを全く感じない
1	強い労働作業で息切れを感じる
2	平地を急ぎ足で移動する、または穏やかな坂を歩いて登るときに息切れを感じる
3	平地歩行でも同年齢の人よりも歩くのが遅い、または自分のペースで平地歩行していても息継ぎのため休む
4	約100ヤード(91.4m)歩行した後は息継ぎのため休む、または数分間平地歩行した後に息継ぎのため休む
5	息切れがひどく外出が出来ない、または衣服の着脱でも息切れがする
6	評価不能(杖使用・車いす使用)

11. 血痰もしくは咯血に対して検査や治療をしたことはありますか？

ない	ある	当院 ・ 他院 (病院名: _____)			
検査	胸部レントゲン	胸部CT	気管支鏡検査	採血	その他(_____)
治療	止血剤(内服・点滴)	カテーテル治療	外科手術	止血剤以外の内服・点滴	
	その他(_____)				

12. 今までにかかった肺の病気を教えて下さい。(複数選択可)その治療内容も教えてください。

特にない	気管支拡張症()才	肺結核()才	細菌性肺炎()才	肺がん()才
	非結核性抗酸菌症()才	肺アスペルギルス症()才	その他: _____	
治療内容をご記入ください				

13. 今までにかかった肺以外の病気を教えて下さい。(複数選択可)

特にない	高血圧()才	糖尿病()才	心臓病()才	腎臓病()才
	肺がん以外のがん()才	その他: _____		

14. あなたのご家族もしくは血縁者の方がかかった病気を教えてください。

特にない	高血圧()	糖尿病()	心臓病()	腎臓病()
	肺の病気()	その他: _____		

15. 以下の質問にお答えください。

(ア) アルコールを飲みますか？飲まれる場合は量までご記入ください

もともと飲まない	やめた	時々飲む (_____ 合/回)	毎日飲む (_____ 合/回)
----------	-----	-------------------	-------------------

(イ) タバコを吸いますか？また過去に吸われていましたか？タバコ本数と喫煙期間をご記入ください

もともと吸わない	やめた (_____ 本/日 × _____ 年間喫煙)	吸う (_____ 本/日 × _____ 年間喫煙)
----------	-------------------------------	------------------------------

裏面にもご記入をお願いします



(ウ) 食品や薬品でのアレルギーはありますか？

ない	ある	(食品名: _____)	(薬品名: _____)
----	----	--------------	--------------

(エ) 過去の職業について教えてください

16. あなたの健康について / SF-8スタンダード版(1ヶ月)

あなたご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。

以下、それぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 をつけてください。

① 全体的にみて、過去1カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

② 過去1カ月間に、体を使う日常活動(歩いたり階段を昇ったりなど)をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	体を使う日常活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

③ 過去1カ月間に、いつもの仕事(家事も含みます)をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	いつもの仕事ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

④ 過去1カ月間 に、体の 痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6

⑤ 過去1カ月間 に、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

⑥ 過去1カ月間 に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

⑦ 過去1カ月間 に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん 悩まされなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

⑧ 過去1カ月間 に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

ご記入が終わりましたら看護師までお渡しください