

# 花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	
お名前			年	月
ご住所	〒	体重(13歳未満のみ)		Kg
		電話番号	( )	

わかる範囲でお答えください。わからない項目は、空欄のまま結構です。

## ○当院をお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答可)

ご家族からの紹介・知人からの紹介・医療機関からの紹介・近所(もしくは通りがかり)看板・電柱看板・タウンページ・当院ホームページ・当院以外のホームページ  
その他( )

## ①次のうち、当てはまる症状に ○ をしててください。特に困っている症状には ◎ をつけてください。

くしゃみ	鼻汁	鼻づまり	目のかゆみ	のどのかゆみ
その他(なるべく詳しくご記入ください)				

## ②花粉症(アレルギー性鼻炎)の原因としてわかっているものがあれば、○ をしててください。

スギ	ヒノキ	稲	ブタクサ	ヨモギ
ダニ	ハウスダスト	その他		

## ③花粉症(アレルギー性鼻炎)のお薬を使ったことがありますか？ある場合、わかる範囲で薬名をご記入ください。

--

## ④花粉症(アレルギー性鼻炎)のお薬やカゼ薬で眠気が出たことがありますか？

ある ・ ない

## ⑤次のうち、希望されるものに ○ をしててください。

★目薬1本(1日4回点眼する場合)・・・約1週間分

★点鼻液1本・・・約2週間分

目薬(裸眼用)	目薬(コンタクトレンズ使用中も使える)	点鼻液
1・2・3・4本	1・2・3・4本	1・2本
眠気が少ない薬	眠気があっても強めの薬	ジェネリック医薬品
スギ花粉症を体質から改善する舌下免疫療法に関心があり、詳しい検査を希望		
花粉症(アレルギー性鼻炎)の詳しい検査(血液検査)を希望 (※保険を使用して、約2500円～5000円前後かかります。ご了承ください。)		

## ⑥今までに下記のような病気にかかったことはありますか？該当する場合 ○ をしててください。

ぜんそく	高血圧	心臓病	肝臓病	糖尿病	胃潰瘍	貧血
卵アレルギー	前立腺肥大	アトピー性皮膚炎	じんましん	結核		
緑内障	腎臓病	⇒ 透析はしていますか？ ( はい ・ いいえ )				
その他						

## ⑦いつも服用しているお薬はありますか？

★お薬手帳をお持ちの方はお出してください。お持ちでない場合はわかる範囲で下記にご記入ください。

--

## ⑧お薬や食べ物で副作用が出たことがありますか？ある場合はお薬名・食べ物を下記にご記入ください。

--

## ⑨女性の方のみお答えください。該当する場合 ○ をしててください。

妊娠中ですか？(はい・現在 週目 ・ 可能性がある ・ いいえ)	授乳中ですか？( はい ・ いいえ)
----------------------------------	--------------------

※問診のお答えに虚偽の記載があった場合は、健康を著しく害することがあります。ご注意ください。

※当院はお薬を院内でお渡ししています。院外処方をご希望の方は、受付時にお申し出ください。