

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

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

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)

ご家族の紹介・知人の紹介・医療機関からの紹介・近所(または通りがかり)・看板
Web(当院ホームページ・Google Map・Google・Yahoo・病院検索サイト)
SNS(Instagram)・その他()

①次のうち、当てはまる症状に○をしてしてください。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

裸眼用目薬	コンタクトレンズ使用中も可能な目薬	点鼻液
1・2・3・4本	1・2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ある		
花粉症(アレルギー性鼻炎)の詳しい検査を(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。