

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)		

○当院をお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答可)

ご家族からのご紹介・知人からのご紹介・近所・通りがかり・看板・当院ホームページ
 Google・Yahoo・Google Map・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、希望されるものを選択○してください。

裸眼用目薬 (1日4回使用で1本約1週間分)	裸眼・コンタクトの両方可能な目薬 (1日2回使用タイプ・1本約2週間分)	点鼻液 (1日1回使用で1本約2週間分)
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]について (知りたい / 希望する)

花粉症(アレルギー性鼻炎)の原因物質を[採血検査] (希望する → A・B)

※セット検査3割負担で A:4,810円(39項目) B:2,500円(6項目) 詳しい項目はこの問診をめぐった裏にあります

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。

※基本的にお薬は院内でお渡ししています。院外処方をご希望の方は診察前に受付までお申し出ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。