

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)

ご家族の紹介・知人の紹介()様・医療機関からの紹介・近所(もしくは通りがかり)電柱看板・当院ホームページ・Google Map
 *医療系サイトから【EPARK・病院ナビ・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) 1・2・3・4本	裸眼・コンタクトの両方可可能な目薬 (1日2回使用タイプ・1本約2週間分) 1・2本	点鼻液 (1日2回使用で1本約2週間分) 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)		
重度のスギ花粉症治療薬【ゾレア注射】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) 詳しい項目は待ち合いにて掲示		

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。