

花粉症問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平
御名前			年 月 日生
前			体重 (13歳未満のみ) kg

↓初診の方のみご記入下さい。

御住所	〒	電話	() ()
-----	---	----	---------

わかる範囲でお答え下さい。わからない項目は、空欄のままで結構です。

① 次のうち、当てはまる症状に○をして下さい(特に困っている症状は◎を)

- ・くしゃみ () ・鼻水 () ・鼻づまり ()
- ・眼のかゆみ () ・のどのかゆみ ()
- ・その他 () _____

② 点眼薬を希望されますか？ 希望する ⇒ ()本 ・ できる限り多めに希望しない

③ 点鼻薬を希望されますか？ 希望する ⇒ ()本 ・ できる限り多めに希望しない

④ 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、○をして下さい。

- ・スギ ・ヒノキ ・イネ ・ブタクサ
- ・ヨモギ ・ダニ ・ハウスダスト ・その他

⑤ 花粉症(アレルギー性鼻炎)の原因の詳しい検査(採血の検査)を希望されますか？

- * 少し高価です(保険を使用して3割負担の場合約2000~4300円かかります)。
- ・希望する ・希望しない

⑥ 花粉症(アレルギー性鼻炎)で今までに薬を使ったことがありますか？

- ・ある ↓ ・ない
- ある場合は、薬の名前をお書き下さい _____

⑦ 花粉症(アレルギー性鼻炎)の薬やかぜ薬で眠気がでたことがありますか？

- ・ある ↓ ・ない
- 眠気の副作用があった人にお伺いします。

多少眠気があっても、強めの薬を希望しますか、それとも眠気のない薬を希望しますか？

- ・強めの薬を希望 ・眠気のない薬を希望

上記を満たす後発医薬品(ジェネリック医薬品)があれば、希望しますか？

- ・希望する ・希望しない

⑧ いままでに次のような病気にかかったことはありますか？ (ある ・ ない)

ある場合にはその病気に○をつけて下さい。↓
ぜんそく 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃潰瘍 貧血 緑内障
(⇒透析している・いない)

前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー 結核

⑨ いつものんでいるお薬がありますか？ (ある ・ ない)

ある場合のみ薬の内容がわかる範囲でお書き下さい↓

⑩ お薬や食べ物で副作用がでたことがありますか？ (ある・ない)

ある場合のみ薬や食べ物の内容がわかる範囲でお書き下さい↓

問診のお答えに虚偽の記載があった場合は診療が著しく健康を害する事がありますので、
ご注意ください。 足立耳鼻咽喉科