

① お困りの症状を教えてください。（現在、または花粉症・アレルギーの時）

鼻水	でない	・	透明または白色	・	黄色もしくは緑色						
鼻づまり	なし	・	つまる	・	非常につまる						
たん	でない	・	透明または白色	・	黄色もしくは緑色						
せき	でない	・	時々	・	昼間	・	夜間	・	睡眠時	・	1日中
目のかゆみ	ある			・	ない						

② 上記以外でお困りの症状があれば教えてください。

③ お困りの時期に○をして下さい。

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

④ コンタクトレンズは使用されていますか？

- ・ 未使用
- ・ ハードレンズ
- ・ ソフトレンズ (1day ・ 2week ・ 1m)

⑤ レーザー治療は希望しますか？（鼻づまりでお困りの方）

- ・ 希望する
- ・ 希望しない
- ・ 医師と相談したい

※ レーザーで鼻粘膜を焼く治療で、鼻詰まりの症状を改善できます。

詳細はホームページをご覧ください。右のQRコードからもアクセスできます。



⑥ スギ・ハウスダストの舌下免疫療法(根治治療)を希望しますか？(6～12月の開始、月1回の通院5年間)

- ・ 希望します
- ・ 希望しません
- ・ 医師と相談したい

⑦ 使っている、もしくは持参されている使いたいお薬があればご記入ください。

お薬手帳がありましたら受付へお出しください

⑧ 車の運転などで、お薬の効果よりも眠気を抑えたいですか？

- ・ はい
- ・ いいえ

⑨ 血液検査で陽性と出た項目がありましたら○をして下さい。

- ・ ダニ
- ・ ハウスダスト
- ・ スギ
- ・ ヒノキ
- ・ カモガヤ
- ・ ブタクサ
- ・ その他 ()

⑩ アレルギーの血液検査は混雑時には検査をしておりません。

平日の9～12時もしくは15時～17時、土曜日15～17時の空いているお時間をお願いをしています。検査の際には、水分を十分にとっておいてください。

⑪ 妊娠中ですか？

- ・ はい (妊娠 月)
- ・ いいえ
- ・ わからない

⑫ 授乳中ですか？

- ・ はい (お子様 歳 月)
- ・ いいえ

⑬ 今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？

- ・ 高血圧
- ・ 高脂血症
- ・ 心臓病
- ・ 肝臓病
- ・ 肝炎 (B・C)
- ・ 糖尿病
- ・ アトピー性皮膚炎
- ・ 喘息
- ・ 甲状腺疾患
- ・ 前立腺
- ・ 緑内障
- ・ その他 ()
- ・ なし

⑭ お薬で副作用はありますか？

- ・ ない
- ・ ある ()

⑮ その他、診察や治療に関するご希望がございましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

氏名		電話	
----	--	----	--

過去 **14日** 以内の症状に○をお願いします。

1. 発熱（37.0℃以上）がある	ある ・ ない
2. せき（呼吸器症状）が出る	せきが出る ・ せきは出ない
3. 強いだるさ（倦怠感）がある	だるさがある ・ だるさはない
4. 息苦しさ（呼吸困難）がある	ある ・ ない
5. 10人以上集まるイベント、密室空間などを利用した	利用した ・ 利用していない
6. 身近で新型コロナウイルスにかかった人がいる	いる ・ いない
7. あなたと長時間一緒にいる人の体調で、症状が出ているものがあれば○をお願いします。	
ご自身との関係	同居 ・ 職場 ・ 学校（園） ・ その他（ ）
・ 発熱 ・ 体のだるさ ・ 鼻水 ・ 下痢	
・ せき ・ のどの痛み ・ 腹痛	
・ 息苦しさ ・ 頭痛 ・ 繰り返し吐いた	
・ 味を感じなくなった ・ 匂いを感じなくなった	
・ その他（ ）	