

記入日 年 月 日

花粉症・アレルギー性鼻炎 問診票

ふりがな		男 ・ 女
名前		
生年月日	年 月 日	年齢 歳
体重 (15歳未満)	kg	

体重がわからないお子様はトイレ横にあります体重計をご利用ください。

住所	〒
電話	

◆2ヶ月以内にコロナウイルスに感染しましたか？ (いいえ・はい)

[検査] 当院・自己・他院 (病院名：) 月 日 陽性

◆2ヶ月以内にコロナウイルスの検査以外で**他院で陽性**が出たものがあれば教えてください。

他院 月 日 病名： _____

お願い

今シーズン初めて来院される方、お薬が変わった方へは1~2週間の処方にして頂いております。

シーズン毎に症状のコントロール具合や副作用の出かたが異なるためです。

より最適な治療をしていくため、ご理解いただくと幸いです。

お薬の選択は専門医にお任せ下さい。
一番良い治療法をご提案させていただきます。

裏面に続きます

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(毎月1回の通院が必要・根治治療)を希望しますか？

- ・ 希望する
- ・ 希望しない
- ・ 医師と相談したい

シダキュア(スギ花粉)症状の落ち着いている6~11月、
ミティキュア(ダニアレルギー)通年性の為、開始時期はご相談ください。

⑦ 2週間以内に飲んでいるお薬はありますか？(無 ・ 有) ◆お薬手帳(無 ・ 有 ・ アプリ)

服用中のお薬 _____

お薬手帳がありましたら受付へお出しください

⑧ 使いたいお薬があればご記入ください。

⑨ 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

⑩ 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 (_____)

⑪ 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15~16時の空いているお時間をお願いをしています。

⑫ 妊娠中ですか？

- ・ はい(出産予定日 R 年 月 日)
- ・ いいえ
- ・ わからない

⑬ 授乳中ですか？

- ・ はい(お子様 歳 ヶ月)
- ・ いいえ

⑭ 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

⑮ お薬で副作用はありますか？

無 ・ 有 :

お薬名: _____

症状: _____

⑯ 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。