

アレルギー性鼻炎問診表（花粉症）

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
		男・女	職業：
身長：	cm	体重：	kg 体温 ℃
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(才)
住所 〒 -			
電話番号	()	携帯番号	()

★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください（複数可）

1.原因としてわかっているものがあれば、○をつけてください

スギ・カモガヤ・ヒノキ・ブタクサ・ヨモギ・ダニ・ハウスダスト・その他()

2.困っている症状に○、特に困っている症状に◎をお書きください

くしゃみ・鼻水・鼻づまり・目のかゆみ・のどのかゆみ・その他 ()

3.ご希望の薬があれば、薬の名前をお書きください

(薬の名前：)

4.今まで使った薬の中で、効果が不十分・眠気が強かったものがあれば、薬の名前をお書きください

効果不十分 (薬の名前：)

眠気が強い (薬の名前：)

5.点鼻薬を希望されますか？

希望しない・希望する (薬の名前：) ・ 医師の判断に任せる

6.目薬は希望されますか？

希望しない・希望する (薬の名前：)

●コンタクトを使用していますか？ 使用していない・使用している

使用している場合： ハード・ソフト(1day・2week・その他())

7.アレルギーの採血検査を希望されますか？

希望しない・希望する

8.車・バイクの運転をされますか？

しない・する

9.緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか？

いいえ・はい

男性の方はお答えください：

前立腺肥大の指摘を受けた、または尿が出にくいなどの症状がありますか。(いいえ・はい)

女性の方はお答えください

現在妊娠中または授乳中ですか。(いいえ・はい 月・可能性あり・授乳中)

※当院をどうやってお知りになりましたか？

1. インターネット 2. ホームページ 3. 広告 4. 家族が通っている 5. 知人の紹介

6. 他院からの紹介 () 7. その他 ()

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック