

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