

アレルギー性鼻炎問診表（花粉症）

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男・女	職業：
※体重 k g	※妊娠中（ 月）・授乳中（お子様 月）・いいえ・可能性がある *お薬をお出しするのに関係しますのでご記入をお願い致します
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 才）	
住所 〒 -	★表面に記載して頂いている場合は記入しなくても大丈夫です★
電話番号（ ）	携帯番号（ ）

※症状はいつからですか？

_____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から _____ 年前から

★花粉の症状について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 ★アレルギーの採血検査：希望する・希望しない
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・喉のかゆみ・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：)

服用した薬の中で効果が不十分・眠気が強かったお薬
効果不十分(薬の名前：)
眠気が強い(薬の名前：)

4.点鼻薬を希望されますか？

希望しない・希望する(名前)

5.目薬は希望されますか？

希望しない・希望する(名前：)

◎コンタクトを使用：していない・している(ハード・ソフト(1day・2week・その他()))

★以下の質問にお答えください

* 普段運転はされますか？(車・バイク・自転車) する・しない

* 飲酒しますか(いいえ・はい 1日 _____ 合) 喫煙されますか(いいえ・はい 1日 _____ 本 _____ 年間)

* 他院で治療を受けている、またはお薬を飲まれていますか。(いいえ・はい) ※お薬手帳持参の方は受付にお渡しください

病院のお名前： _____ お薬のお名前： _____

* 今までにかかったことのある病気を教えてください

緑内障(あり・なし) 不整脈(現在あり・以前あった・なし)

糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・心臓病・悪性腫瘍・動脈瘤(現在あり・以前あった)

・前立腺肥大 その他()

* 薬・注射のアレルギーはございますか？ いいえ・はい お薬のお名前：()

* 食物でアレルギーはございますか？ いいえ・はい 食物のお名前：()

※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