

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）

* 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） 高血圧（あり ・ なし）

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：（ ）

* 金属アレルギーはございますか？ いいえ ・ はい

※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