

花粉症・アレルギー性鼻炎 問診表

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令		
氏名				年 月 日 (歳)		
住所	〒 -					
電話番号			体重 (小児のみ)	kg		
体温	℃	小学生未満のお子様はどちらかに○をつけてください	保育園か幼稚園に通園中 ・ 通園なし			

Q1. 今日どのような症状で来られましたか。あてはまる症状に✓をつけてください。

- くしゃみ 鼻水 鼻づまり 眼のかゆみ のどのかゆみ せき のどの痛み
頭痛 皮膚のかゆみ よく眠れない だるい その他 ()

Q2. 上記の症状はいつ頃から自覚されていますか。

()

Q3. 今回欲しい薬に✓を付けてください。

- 内服薬 点鼻薬 点眼薬 コンタクト用点眼薬 その他 ()

Q4. 以下で興味のある治療法はありますか？

- レーザー治療 舌下免疫療法 (スギ・ダニ) 注射療法 (ゾレア) 漢方治療

Q5. アレルギーの原因物質の検査をしたことがありますか？ あり なし

あり の場合、陽性となった物質に○を付けてください。

スギ ヒノキ ダニ ハウスダスト カモガヤ ブタクサ その他 ()

なし の場合、アレルギー検査を希望されますか？ 希望する 希望しない

Q6. 薬・点滴・麻酔などで体に異常がでたことがありますか？ あり なし

何の薬ですか？ ・処方された薬 ・歯科の麻酔 ・その他 ・薬の名前 ()

どんな症状が出ましたか？ ・皮疹 ・気分不良 ・ショック ・嘔吐 ・その他 ()

Q7. これまでにかかった病気はありますか？ あり なし

・ぜんそく ・糖尿病 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病

・その他 ()

Q8. 他院で服用中のお薬はありますか？ あり なし

・薬品名が分かれば記入してください。 ()

Q9. 女性の方へ

現在 妊娠を (していない ・ している ・ 可能性がある) ⇒ 妊娠 (週目 ・ カ月)

現在 授乳を (している ・ していない) ⇒ 授乳 (カ月のお子さん)

Q10. 最後によろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- 看板 ホームページ グーグル検索 インスタグラム ツイッター
知人/家族の紹介