

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

ふりがな
御名前 _____ 男・女 生年月日：大正・昭和 年 月 日
平成・令和
御住所 〒 _____ 体重： _____ kg 体温： _____ °C
電話番号： _____

- ① 次のうち、当てはまる症状に○をしてください。特に困っている症状には◎をつけてください。
くしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみ のどの違和感
その他
- ② 花粉症（アレルギー性鼻炎）の原因としてわかっているものがあれば、○をしてください。
スギ ヒノキ イネ カモガヤ ブタクサ ヨモギ ダニ ハウスダスト
その他
- ③ 花粉症（アレルギー性鼻炎）のお薬を使ったことがありますか？
ある場合、わかる範囲で薬名をご記入ください。
- ④ 花粉症（アレルギー性鼻炎）のお薬やカゼ薬で眠気が出たことがありますか？（ ある ・ ない ）
- ⑤ 次のうち、希望されるものに○をしてください。
・ 飲み薬 ・ 眠気の少ない薬 ・ 1日1回の薬
・ 眠気はあっても強めの薬（内服中は車の運転ができなくなります）
→処方ご希望の方は下記のサインをお願いします。
花粉症の薬を飲んでいる期間は車の運転や危険を伴う作業を行わないことに同意します。
御名前 _____
- ・ 点眼薬（コンタクトレンズは使用していますか？ はい ・ いいえ）
・ 点鼻薬（アレルギー反応を抑える点鼻薬・鼻の通りを良くする点鼻薬）
・ アレルギー性鼻炎の原因についての詳しい検査
（採血です。3000～5000円程度費用がかかります）
・ 花粉症の体質改善を行う治療
（舌下免疫療法。1ヵ月に1回の通院が必要です。3年程度継続した通院が必要です。）
- ⑥ 今までに下記のような病気にかかったことはありますか？
高血圧 糖尿病 ぜんそく 心臓病 肝臓病（B型肝炎・C型肝炎）
腎臓病（透析はしていますか？ はい ・ いいえ）
胃潰瘍 貧血 緑内障 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー
その他 _____
- ⑦ いつも飲んでいるお薬がありますか？（ ある ・ ない ）
ある場合は、お薬手帳等お持ちの方はお出してください。
- ⑧ お薬や食べ物で副作用が出たことがありますか？（ ある ・ ない ）
ある場合は、薬名・食べ物を記入してください。
- ⑨ 女性の方にお伺いします。
妊娠中ですか？（ はい ・ いいえ ）
はいとお答えいただいた方→何週目ですか？（現在 週目）
出産予定日はいつですか？（ 年 月頃）
授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）