

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（才）
平成・令和
体温： _____ °C 体重： _____ kg
御住所 〒 _____ 電話番号： _____

当院をお知りになったきっかけは何ですか？（下記に○をつけて下さい。複数可）

- ・ご家族受診あり（お名前 _____） ・知人からのご紹介 ・他の医療機関からの紹介
・医院前を通過して ・看板 ・スマホ（ホームページ） ・パソコン（ホームページ）

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 今まで使用されたお薬で調子がよかったものがあればご記入ください。

④ 次のうち、処方希望されるものにをしてください。

内服薬 点鼻薬 点眼薬

⑤ 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？

あり ・ なし

◆「あり」の方◆ あてはまる病名に「○」をして下さい。

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
その他病気 _____

⑥ 現在、飲んでいるお薬がありますか？

あり ・ なし

◆「あり」の方◆

お薬手帳等を手元にお持ちの方はをし、受付にお出してください。 お薬手帳等

お薬手帳がない方は、わかる範囲で記入ください。

薬名： _____

⑦ お薬や食べ物で副作用が出たことがありますか？

あり ・ なし

（副作用が出た薬名・食べ物： _____）

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠中ですか？ はい ・ いいえ
（現在妊娠 週目・出産予定日 年 月頃）

授乳中ですか？ はい ・ いいえ