

花粉症問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊 ・ 授

医院用ID番号：

平成 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	体重 (小児の方)	kg
-------------	-------	------	----------------	---------------	--------------	----

*いつからですか ()

*困っている症状に○、特に困っている症状に◎をつけて下さい(複数回答可)
・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・眼のかゆみ ・のどのかゆみ ・その他 ()

*原因としてわかっているものがあれば、○をおつけ下さい。
・スギ ・ヒノキ ・カモガヤ ・ブタクサ ・ヨモギ ・ダニ ・ハウスダスト ・カビ
・その他 ()

*これまで花粉症の治療に、使ったことのあるお薬についてお伺いします。
効果のあったものに「◎」効果がいまひとつだったものに「△」をつけて下さい。
【内服薬】 クラリチン ・ アレグラ ・ ディレグラ ・ アレロック ・ デザレックス ・ ビラノア
セレスタミン ・ ザイザル ・ タリオン ・ ジルテック ・ エバステル ・ アレジオン
キプレス ・ オノン ・ シングレア ・ その他
【点眼薬】 アレジオン点眼 ・ リボスチン点眼 ・ パタノール点眼 ・ フルメトロン点眼 ・ その他
【点鼻薬】 アラミスト点鼻 ・ フルナーゼ点鼻 ・ ナゾネックス点鼻 ・ その他

*目薬(点眼薬)は希望されますか？
希望しない・希望する⇒希望する方は、コンタクトレンズの使用の有無(有・無)

*他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入ください
()

*薬や食物・麻酔薬などのアレルギーはありますか？
ない ・ ある ある方のみ→ いつ・薬剤・食物・症状など ()

*今までにご自身がかったご病気があれば記入してください。
ぜんそく・心臓病・高血圧症・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障
その他 ()

*今までのご家族がかかった病気があれば記入してください
どなた () が、病名 ()

*喫煙はしますか？
[・いいえ
・はい(1日 本、年数 年)昔(年前まで、1日 本、年数 年)

*飲酒はしますか？
[・飲まない
・飲む(毎日・週 日・時々)1日あたりの飲酒量：種類 、量 ()

*女性の方のみお答えください
妊娠中ですか？ [・いいえ
・はい(現在 月、出産予定日： 月 日)
授乳中ですか？ [・いいえ
・はい

*来院可能な曜日に○をつけてお答えください

	月	火	水	木	金	土	
午前 (9:30~12:30)							いつでも可能
午後 (15:00~18:30)							

ご記入いただきました個人情報、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。