

# 花粉症問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊 ・ 授

令和 年 月 日

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

※新型コロナウイルス感染症の陽性反応がでたことがありますか。 (はい・いいえ)

はいに該当の方 \_\_\_\_\_ 検査した日 月 日 \_\_\_\_\_ 治癒した日 月 日 \_\_\_\_\_

今回の症状はいつからですか( \_\_\_\_\_ )

- ① 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( \_\_\_\_\_ )
- ②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( \_\_\_\_\_ )
- ③これまで花粉症の治療に、使ったことのあるお薬がありましたら○をつけて下さい。
- 【内服薬】 デザレックス ・ ピラノア ・ ザイザル ・ アレグラ ・ ディレグラ  
クラリチン ・ アレロック ・ タリオン ・ セレスタミン  
キプレス ・ シングレア ・ オノン ・ その他( \_\_\_\_\_ )
- 【点眼薬】 アレジオン点眼 ・ 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 ・ ナゾネックス点鼻 ・ フルナーゼ点鼻 ・ その他( \_\_\_\_\_ )
- ④目薬(点眼薬)は希望されますか?  
希望しない・希望する(コンタクトレンズの使用 : あり・なし)
- ⑤他院で処方されている薬があれば、ご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )
- ⑥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( \_\_\_\_\_ )
- ⑦今までにご自身がか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( \_\_\_\_\_ )

⑧喫煙はしますか? ・いいえ  
・はい(1日 本、年数 年)

⑨飲酒はしますか? ・飲まない  
・飲む(毎日・週 日・時々)

⑩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

⑪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。