

# 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
住所 〒 -			電話番号: 携帯番号:			

※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 今の症状はいかがですか？
- \*鼻水 なし・少ない・悪い・とても悪い
  - \*くしゃみ なし・少ない・悪い・とても悪い
  - \*鼻づまり なし・少ない・悪い・とても悪い
  - \*目の痒み なし・少ない・悪い・とても悪い
  - \*喉の症状 イガイガ・かゆみ・違和感
  - \*その他の症状 【 ( ) 】
- ② 車の運転や機械の操作しますか？ する ・ しない
- ③ 舌下免疫療法や注射治療（ソレア）に関心は？ ある ・ ない
- ④ アレルギーの原因は検査できますが、関心は？ ある ・ ない
- ⑤ 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 ( )
- ⑥ 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 ・ ティレグラ  
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 ・ ナソネックス点鼻 ・ フルナーゼ点鼻 ・ その他( )
- ⑦ 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)
- ⑧ 他院で処方されている薬があれば、ご記入ください  
( )
- ⑨ 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( )
- ⑩ 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( )
- ⑪ 喫煙はしますか？ ・いいえ ・はい(1日 本、年数 年)
- ⑫ 飲酒はしますか？ ・飲まない ・飲む(毎日・週 日・時々)
- ⑬ 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 力月、出産予定日: 月 日)
- 授乳中ですか？ ・いいえ ・はい
- ⑭ 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)			/				不定期
午後 (15:00~18:30)			/			/	いつでも可

※問診票をご記入の間に順番が前後する場合がございます。  
ご記入いただきました個人情報は、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。