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:		

今回の症状はいつからですか（　　）

（例：〇日・ヶ月・年前、〇月〇日から）

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
- ＊眼の痒み　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（ゾレア等）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、〇をおつけ下さい。
・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〇をつけて下さい。
【内服薬】　デザレックス　・　ビラノア　・　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（

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　カ月、出産予定日：　月　日
授乳中ですか？・いいえ　・はい

⑭ 来院可能な曜日に〇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。