

花粉症でご来院の方へ

ID _____

フリガナ

令和 年 月 日

氏名 _____ 男・女

※初診の方は一般問診票もお書きください。

わかる範囲でお答えください。わからない項目は、空欄のまま結構です。

① 花粉症になったのはいつ頃からですか？

・() 年前から ・今年初めて

② 花粉症はどの季節にひどくなりますか？

・() 月頃

③ 今年症状が出てきたのは、いつ頃からですか？

・() 日前から

④ 以下の選択肢のうち、現在お困りのものに○をしてください。

・鼻水がでる ・鼻がつまる ・クシャミがでる
・鼻がかゆい ・目がかゆい ・その他 ()

⑤ 予防でお薬を希望されますか？

・はい ・いいえ

⑥ 前にアレルギー・花粉症のお薬を使っていた事のある方は、もしお分かりでしたら下記のご質問にお答えください。より患者様の体に合った薬を処方するための参考となります。

1) 市販薬を飲んだことがある (はい ・ いいえ)

はい の方はその薬名 ()

・・・その薬で眠くなった (はい ・ いいえ)

・・・その薬は効いていた (はい ・ いいえ)

2) 病院で薬をもらって飲んだことがある (はい ・ いいえ)

はい の方はその薬名 (アレロック ・ アレグラ ・ クラリチン ・ タリオン ・ ザイザル ・ ア
レジオン ・ ティレグラ ・ ビラノア ・ ルパフィン ・ その他)

・・・その薬で眠くなった (はい ・ いいえ)

・・・その薬は効いていた (はい ・ いいえ)

・・・その薬の飲み方 (1日1回 ・ 1日2回 ・ その他)

⑦ 鼻のスプレーを希望されますか？ (はい ・ いいえ)

⑧ 目薬を希望されますか？ (はい ・ いいえ)

⑨ コンタクトレンズは使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

⑩ 自動車・バイク・原付の運転をしますか？ (はい ・ いいえ)