



## 花粉症・アレルギー性鼻炎問診

### 1. 困っている症状に○をして、症状が出る期間を記入してください。

くしゃみ・鼻水・鼻づまり・目のかゆみ・のどのかゆみ・鼻のかゆみ  
頭痛・頭重感・その他 ( )  
症状のある期間 月頃～ 月頃 ・ 今回初めて

### 2. 希望の薬、効果が不十分だった薬について。

希望の薬の名前 ( ) ・ 去年の薬  
効果が不十分だった薬の名前 ( )

### 3. 内服薬以外の薬について、該当するものに○をつけてください。

目薬 希望 ( コンタクトレンズ 有 / 無 ) ・ 希望なし ・ 医師に任せる  
点鼻薬 希望 ・ 希望なし ・ 医師に任せる

### 4. 服薬できるタイミング

毎食後 ・ 朝のみ ・ 昼のみ ・ 夕のみ ・ 寝る前 ・ 朝夕寝る前

### 5. アレルギーのお薬について 飲みやすいお薬の希望を、1～3の順に記入してください。

錠剤 ( ) ・ 粉 ( ) ・ シロップ ( ) ※無理なものには×印

### 6. 原因が分かっているものに○をつけてください。

スギ・ヒノキ・カモガヤ・ブタクサ・ヨモギ・ダニ・ハウスダスト  
その他 ( )

7. アレルギーの採血検査 希望 ・ 希望しない ・ 相談したい

8. 舌下免疫療法 希望 ・ 希望しない ・ 相談したい

◎ 女性の方 ※表に記入された方も、大切なことなので再度ご記入をお願いします。

1) 現在妊娠中ですか? はい ( 月 ) ・ いいえ ・ 可能性がある

2) 授乳中ですか? はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。