# アレルギー性鼻炎（花粉症）問診表

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 生年月日<br>大正・昭和・平成　　年　　月　　日<br>（　　歳）　体重(12 歳以下)　　kg |
| 住所　〒 | |
| 電話番号 | 携帯電話 |

※当てはまる項目の上に〇印をつけて下さい。

1. 原因としてわかっているものがあれば、〇をつけてください。
　スギ　カモガヤ　ヒノキ　ブタクサ　ヨモギ　ダニ　ハウスダスト
　その他（　　）

2. 困っている症状に〇、特に困っている症状に◎をつけ，症状が出る月を記入して下さい。（複数回答可）
　くしゃみ　鼻水　鼻づまり　目のかゆみ　のどのかゆみ
　その他（　　）発症する月（　　月～　　月・今年初めて）

3. **目薬**は希望されますか？　希望する　希望しない　/　**目薬**
　→**強い目薬**も希望されますか？　希望する　希望しない　/　**強い目薬**

4. 点鼻薬は症状が出ている期間中に続けて使うことで効果が得られる薬です。内服薬で効果が乏しい場合や重症の場合、事情があり内服ができない場合に用います。次の中から選択して下さい。

　**点鼻薬**を希望されますか？　希望する　希望しない　医師の判断に任せる/**点鼻**

5. ご希望の薬があれば、薬の名前をお書きください。以前処方された薬を希望される方は〇をしてください
　**以前・去年の薬**を希望　それ以外薬を希望　薬の名前：　　/**希望薬**

6. 今まで使った薬の中で、効果が不十分だったものがあれば、薬の名前をお書きください。（複数回答可）
　薬の名前（　　）**効果不十分**

7. **アレルギーの採血検査**を希望されますか？　希望する　希望しない　/　**採血**

8. **舌下免疫療法**を希望しますか？　希望する　希望しない　どんな治療か知りたい
**※舌下免疫療法は 2014 年(スギ)2015 年(ダニ)保険適用になった最新のアレルギー性鼻炎の治療です。**

9. **レーザー治療**を希望しますか？　希望する　希望しない　どんな治療か知りたい/**レーザー**

10. （お子様の方へ）お薬は **1 日 3 回飲むこと**はできますか？また、錠剤は飲めますか？
　【3 回飲む】　できる　できない　【錠剤を飲む】　できる　できない

11. （女性の方にお聞きします）現在、**妊娠あるいはその可能性、授乳**されていますか？
　妊娠している　授乳している　妊娠、授乳ともなし

12. 当院を何でお知りになりましたか？
　紹介されて：ご紹介者　　様・　　医院　インターネットを見て
　看板を見て　その他（　　）

**ご協力ありがとうございました。**