

花粉症と思われる方の問診表

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____ TEL _____

体重 _____ 平熱 _____

以前に当クリニックで治療を受けたことがありますか？

ない ある (_____ 年 _____ 月頃)

現在、又は今まで治療を受けたことのある病気はありますか？

糖尿病 気管支 喘息 肝臓病 胃潰瘍
緑内障 けいれん その他 (_____)

現在、他の病院・医院で内服している薬を教えてください

ない ある (_____)

薬、食品に対してアレルギーはありますか？

ない ある

下記に該当する方はチェックを入れて下さい

妊娠している (_____ 週) 授乳している ステロイドを内服している

現在のくしゃみの回数は1日にどのくらいですか？

0～5回 6～10回 11回以上

現在の鼻づまりの程度は？

なし
鼻づまり少し、口で呼吸する事はあまりない
鼻づまり強めで、時々口で呼吸することがある
鼻づまりとても強く、いつも口で呼吸している

目のかゆみについて

なし
たまに目がかゆい
目をこするほどではないが、かゆみは強い
目をこするほどかゆみが強い

薬に対する希望

先発品を希望する
ジェネリック(後発品)を希望する
おまかせする

氏名 _____

下記より選択して下さい

- 1 絶対に眠気の出ない薬でゆっくり効果を出したい
- 2 1と3の間を希望する
- 3 ある程度の眠気なら良い、比較的早めに効果を出したい
- 4 3と5の間を希望する
- 5 眠気が出ても良い、とにかく早く効果を出したい

以前に使用経験のある薬を希望する方は、下記に御記入下さい。最終的に医師が診療後判断し、薬剤を決定します。

内服(2 4 6 8週間分)
症状の変化の予想される方、使用経験の少ない方は医師の判断で投与期間を指定する場合があります

点鼻薬		
(<input type="checkbox"/>	本)
(<input type="checkbox"/>	本)
点眼薬		
(<input type="checkbox"/>	本)
(<input type="checkbox"/>	本)
屯服(症状のひどい時の薬)		
()