

花粉症問診票

赤坂虎の門クリニック

氏名: _____ 職業: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

1. 今回の症状についてご記入ください

*いつからですか (_____)

*困っている症状に○、特に困っている症状に◎をつけて下さい (複数回答可)

・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・眼のかゆみ ・のどのかゆみ ・その他 (_____)

*原因としてわかっているものがあれば、○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 (_____)

*これまで花粉症の治療に、使ったことのあるお薬についてお伺いします。

効果のあったものに「◎」効果がいまひとつだったものに「△」をつけて下さい。

【内服薬】クラリチン ・ アレグラ ・ ディレグラ ・ アレロック ・ デザレックス ・ ピラノア
セlestamin ・ ザイザル ・ タリオン ・ ジルテック ・ エバステル ・ アレジオン
キプレス ・ オノン ・ シングレア ・ その他

【点眼薬】アレジオン点眼 ・ リボスチン点眼 ・ 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 ・ フルナーゼ点鼻 ・ ナゾネックス点鼻 ・ その他

*目薬 (点眼薬) は希望されますか？

希望しない・希望する ⇒ 希望する方は、コンタクトレンズの使用の有無 (有 ・ 無)

*他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入ください

(_____)

*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 ある方のみ→ いつ・薬剤・食物・症状など (_____)

*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 (_____)

*今までのご家族がかかった病気があれば記入してください

どなた (_____) が、病名 (_____)

*喫煙はしますか？

いいえ ・ はい ⇒ (1日 _____ 本、年数 _____ 年) 昔 (_____ 年前まで1日 _____ 本、年数 _____ 年)

*飲酒はしますか？

飲まない ・ 飲む ⇒ (毎日・週数回・時々)、1日あたりの飲酒量 (種類: _____ 、量 _____)

*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 _____ か月目)

授乳中ですか いいえ ・ はい

2. 追加事項や受診に際するご希望等ございましたらご記入ください