

アレルギー性鼻炎・花粉症初診問診票

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男性・女性) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才) 体温 \_\_\_\_\_ °C

10歳以下のかたのみ→体重 \_\_\_\_\_ kg、飲む薬に○、飲めない薬に×をつけて下さい→錠剤・粉剤・水薬

1. 今回どのような症状ですか？ いくつでも○を付けてください。  
くしゃみ・鼻水・鼻づまり・鼻のかゆみ・目のかゆみ・のどがいがらっぽい
2. この症状は今回初めてですか？  
はい・いいえ→以前はいつ頃症状が出ましたか？  
(春ごろ、秋ごろ、年中、季節の変わり目、はっきりしない)
3. アレルギー性鼻炎や花粉症であると、ほかの医療機関から言われましたか？  
いいえ・はい→なにか検査など受けられましたか？  
→特別受けていない、血の検査をした、皮膚の検査をした・不明  
血の検査をした方へ、何かアレルギーはありましたか？  
→あった ( \_\_\_\_\_ )、何もないと言われた、覚えていない
4. アレルギー性鼻炎・花粉症がほぼわかっている方へ、  
今回どんな治療を希望されますか？  
薬か点鼻薬などで・薬以外の治療があればやってみたい・特に考えはない  
合っている薬があるのでその薬を処方希望 (→名前 \_\_\_\_\_)
5. 診察の際にアレルギー性鼻炎や花粉症の疑いがあると言われたとき、  
何のアレルギーをもっているか血の検査で調べてみたいと思われませんか？  
(当院ではおすすめしています) はい・いいえ・いずれ
6. もともとお薬で眠くなったりすることがありますか？  
または、眠くなり困った薬の名前がわかれば教えてください。
7. 次にあげる病気がある・かかったことがあれば○をつけてください。  
ぜんそく、アトピー性皮膚炎、高血圧、緑内障、前立腺肥大、不眠症
7. そのほか何か相談したいこと・聞きたいことがあればお書きください。
8. 当院をどのようにして知りましたか。  
他病院や診療所から紹介されて・前を通りかかった・電車から見えたので・  
ホームページ・知人の勧めで・二上駅前診療所や香芝旭ヶ丘病院からの続きで・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )