

問診票(花粉症)

ふりがな
氏名

:

年齢： 歳

性別：男・女 → 妊娠していない 妊娠中(週) 出産予定日(年 月 日)
授乳中

体重 (. kg) 身長 (. cm)

☆医師の希望 有(医師)・無 *希望がない場合早く診られる診察室でお呼びします

・ **当院に花粉症でかかったことがある方は以下にご記入下さい**

・いつ頃受診されましたか (年 月頃)

以前受診してから内服や症状に変化がある場合は以下にご記入下さい

・ **花粉症で初めておかかりになる方は以下にご記入下さい**

・何年前から症状がありますか _____ 年前から

・症状： 眼・鼻水・鼻閉・のど痛み・のどガラガラ・せき・たん・ぜんそく
皮膚のかゆみ (どこが痒いですか： _____)

*症状がある月に○してください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12月

・いままで治療を受けていた方は、お使いの薬の名前を教えてください

内服： _____ 点眼： _____ 点鼻： _____

・自動車などの車両はよく運転しますか？ : はい・いいえ

・薬のねむけで困ったことはありませんか？ ある・ない

・他のアレルギー歴： なし・薬剤・食物・金属・アトピー性皮膚炎・気管支喘息
アレルギーの原因 (_____)

・アナフィラキシー反応の経験はありますか？ : はい・いいえ

・いままでにかかったことのある病気 (○をつけて下さい)

なし

狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・高血圧・糖尿病・脂質異常

うつ病・癌・甲状腺疾患

詳細・その他： _____

治療中の薬剤名： _____