

問診票（花粉症）

ID _____
Scan
Ns

氏名（カナで）：

性別：男・女 → 妊娠していない・妊娠中（ 週）・授乳中

年齢： 歳

何年前から症状がありますか？ 年 体温（ ）℃

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：）

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12月（症状のある月に○を）

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

漢方薬での治療を希望しますか？ はい・いいえ

アレルギーの血液検査を希望しますか？ はい・いいえ

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・バセドウ病

詳細・その他： _____

治療中の薬剤名： _____