花粉症・アレルギー性鼻炎 の 専用問診票

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年齢：＿＿＿歳＿＿＿ヶ月

家族歴：家族や身内でアレルギーの方は：

いない　　いる（　　）

既往歴：下記のアレルギーの病気はありますか：

喘息 ・ 喘息ぎみ・アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー（　　）

（この病気のためのお薬があればお書きください:　　）

原因としてわかっているものがあれば、○をつけてください：

スギ　カモガヤ　ヒノキ　ブタクサ　ヨモギ　ダニ　ハウスダスト　その他（　　）

症状：まだ症状は出現しておらず、予防治療（事前に内服、点鼻、点眼）の希望の有無：　有　無

あるいは既に　月　日から症状が出現している。

困っている症状に○、特に困っている症状に◎をつけてください（複数回答可）：

鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・鼻のかゆみ ・眼のかゆみ ・のどのかゆみ ・せき ・のどの痛み

その他（　　）

初めて花粉症になったのはいつ頃ですか：＿＿＿歳ころ または ＿＿＿年前

去年までの症状が出る月を記入して下さい：＿＿＿月～ ＿＿＿月 ・ 今年初めて

花粉症の時期以外にも症状がありますか：

スギ花粉症時期だけ ・ １年を通じて多少はある ・ 秋にもある ・ その他

治療：お薬手帳の有無：　有　無

以前処方された薬のご希望の有無：　有（薬の名前　　）　無

これまで１剤では効果不充分なので、２剤の内服を希望：　有　無

内服薬で重視することは：　効果 ・ 眠気の少なさ ・ 服用回数の少なさ

１日の服用回数や剤形の希望：　１回・２回・錠剤・口腔崩壊剤・粉薬・シロップ

点眼薬（目薬）も希望：　有　無

有の場合、１日の点眼回数の希望：　２回 ・ ３回 ・ ４回

有の場合、コンタクトレンズ使用の有無：　有　無

点鼻薬の希望はありますか：　有　無

女性の方にお聞きします：現在、妊娠あるいはその可能性と授乳されていますか

妊娠している ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳している ・ 妊娠、授乳ともなし

ペットを飼っていますか：　いいえ ・ はい → 室内犬 ・ 室外犬 ・ ネコ ・ その他（　　）

空気清浄機の使用の有無：　有　無

有の場合：ヘパフィルター機能の有無は：　有 ・ 無 ・ 不明

台数：＿＿＿台　場所は：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かじがや小児クリニック