

# 問 診 票

20 年 月 日

(花粉症・アレルギー性鼻炎)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

ID : \_\_\_\_\_

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳  
(〒 )

住所 \_\_\_\_\_

電話： ( ) 携帯電話： ( )

(来院時体温 ℃) (体重 kg) (身長 cm)

## 1. 症状と程度 (該当項目に○、もしくは □に✓)

くしゃみ回数/日	0回	1~5回	6~10回	10~20回	21回以上
鼻をかむ回数/日	0回	1~5回	6~10回	10~20回	21回以上
鼻づまりの程度	なし	少しつまるが、 口呼吸はない	鼻づまりがひどく、 時々口呼吸	鼻づまりがひどく かなりの時間 口呼吸	一日中完全に つまっている

目の症状 かゆみ 充血 涙 眼瞼のただれ

その他の症状 咳 喉の違和感 肌のかゆみ

## 2. その症状はつらい時間帯はいつですか？ (複数回答可)

起床時 午前 午後 夜間~就寝中

## 3. 花粉症・アレルギー性鼻炎以外でかかっている病気はありますか？

ない 喘息 アトピー性皮膚炎 その他 ( )

## 4. 現在服用している花粉症・アレルギー性鼻炎の薬があればご記入ください。

内服： \_\_\_\_\_

点鼻薬： \_\_\_\_\_ 目薬： \_\_\_\_\_

同じお薬の継続を希望しますか？

継続したい 変更したい (ご希望の薬： \_\_\_\_\_)

## 4. 希望するお薬のタイプはありますか？

飲み薬 点鼻薬 点眼薬 貼付薬 注射薬 手術相談

## 5. お薬を処方される際、避けたい項目ありますか？ (複数回答可)

眠気 回数が多い 金額が高い 剤型 (カプセル、錠剤、粉薬)

## 7. 身体状態と既往症、服薬について

妊娠中 授乳中 甲状腺機能亢進症 眼圧高い 前立腺肥大

(その他の病名 \_\_\_\_\_)

(投薬中の薬名 \_\_\_\_\_)