

花粉症でご来院の方へ

ふりがな
お名前 _____

- 1) 花粉症になったのはいつ頃からですか
() 年前から・今年初めて
- 2) 花粉症はどの季節にひどくなりますか
() 月頃
- 3) 今年、症状が出たのはいつ頃からですか
() 日前から
- 4) 以下の選択肢のうち、現在お困りのものに○を付けてください (複数選択可能)
 鼻水がでる 鼻がつまる くしゃみがでる
 鼻がかゆい 目がかゆい その他 ()
- 5) アレルギー検査をしたことがありますか
(はい ・ いいえ)
 はい の方は アレルゲン名をご記入ください
()
- 6) 今までにアレルギー・花粉症のお薬を使っていたことのある方は、お分かりでしたら下記のご質問にお答えください。より患者様の体に合ったお薬を処方するための参考となります
- ① 市販薬を飲んだことがある (はい ・ いいえ)
 はい の方は そのお薬名 ()
 ……そのお薬で眠くなった (はい ・ いいえ)
 ……そのお薬は効いていた (はい ・ いいえ)
- ② 病院でお薬をもらって飲んだことがある (はい ・ いいえ)
 はい の方は そのお薬名 (アレロック・アレグラ・クラリチン・ザジテン・ジルテック・
 その他 _____)
 ……そのお薬で眠くなった (はい ・ いいえ)
 ……そのお薬は効いていた (はい ・ いいえ)
 ……そのお薬の飲み方 (1日1回 ・ 1日2回 ・ その他)
- 7) 鼻のスプレーを希望されますか (はい ・ いいえ)
- 8) 目薬は必要ですか (はい ・ いいえ)
- 10) コンタクトレンズは使用されていますか (はい ・ いいえ)
- 11) 自動車・バイク・原付の運転はされますか (はい ・ いいえ)