

(ふりがな)

記入日 年 月 日

お名前 _____ (生年月日) _____ 年 月 日 才

〒

(ご住所) _____ (電話) _____ () _____

(ご勤務先) _____ (電話) _____ () _____

☆下記の項目についてご記入、○をおつけください。

1. 今日はどうかさいましたか？(症状についてご記入ください。)

2. その症状はいつからですか？

3. 今までに、耳・鼻・のどの手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある (当院 ・ 他の医療機関 歳ごろ)

4. 鼻の症状はありますか？

(なし ・ 鼻がつまる ・ 鼻水が出る ・ 鼻血 ・ その他)

(両側 ・ 右側 ・ 左側)

5. のどの症状はありますか？ (なし ・ のどが痛い ・ その他)

6. 耳の症状はありますか？

(両側 ・ 右側 ・ 左側)

(なし ・ よく聞こえない ・ 耳だれ ・ 耳が痛い ・ その他)

7. いままでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ (ない・ある)

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 狭心症 ・ 脳梗塞/脳出血 ・ アレルギー性鼻炎

・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 (スギ・ヒノキ・ブタクサ・不明)

・ アスピリン喘息 ・ その他 ()

8. 現在服用中の薬はありますか？

()

9. 薬・食物のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

10. たばこは吸いますか？お酒はのみますか？

たばこ 1日 _____ 本 _____ 歳から _____ 歳まで お酒 _____ を1日 _____ 杯程度

11. 妊娠中・授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠 週目 ・ 授乳中)

花粉症問診票

氏名 _____

当てはまるものに○をしてください

① 現在の症状は？

鼻水 ・ くしゃみ ・ 鼻づまり ・ 目のかゆみ ・ のどの違和感
咳 ・ 痰 ・ 全身のかゆみ

② 昨年の症状はいかがでしたか？

昨年の方がひどい ・ 今年と同じ ・ 今年の方がひどい

③ 昨年は治療をしましたか？ (はい ・ いいえ)

はいと答えた方治療方法を教えてください。()内いくつでも○して下さい。

・ 市販薬(内服 ・ 点鼻 ・ 点眼)

(薬品名 _____ わからない)

・病院でもらった薬(内服 ・ 点鼻 ・ 点眼)

(薬品名 _____ わからない)

アレグラ(フェキソフェナジン) ・ クラリチン(ロラタジン) ・ ジルテック

アレジオン(エピナスチン) ・ タリオン(ベポタスチン) ・ ザイザル

デザレックス ・ ピラノア ・ ルパフィン ・ インタール ・ ナゾネックス ・

アラミスト ・ フルナーゼ(フルチカゾン)

④ いままでアレルギー検査をしたことはありますか？

(ある ・ なし)

あると答えた方、下記から当てはまる項目をお選びください。

スギ ・ ヒノキ ・ プタクサ ・ カモガヤ ・ ハウスダスト ・ ダニ ・

イヌ ・ ネコ ・ その他 ・ 覚えていない

ないと答えた方 何にアレルギーを持っているか検査してみたいですか？

(はい ・ いいえ)

◎舌下免疫療法はスギもしくはダニの抗原に対して体にアレルギー反応を慣らしてしまう治療です。治療期間は3年程度、毎日服用していただく必要がありますが、保存的治療では根治を目指す唯一の方法です。ご興味があればご説明いたします。

舌下免疫療法について説明を希望する。(はい ・ いいえ)