

花粉症用問診表

平成 年 月 日
フリガナ _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳 体重 kg
氏名 _____ 男 女 職業(学校名) _____
住所 〒 _____ 市 _____ 町 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

Q1 治療について(全て保険が適用されます)

- a まだ症状は出現しておらず、初期治療(事前に内服、点鼻、点眼)を希望
- b 既に 月 日から症状が出現している。
- i 薬物療法(内服、点鼻、点眼)を希望
 - ii レーザー手術を希望
 - iii 舌下免疫療法を希望(12歳以上でスギ花粉の非飛散期である6~12月の間に開始)
 - iv ハウスダストのアレルギーもあるので、注射による減感作療法を希望

Q2 過去の投薬経験について

過去に投薬経験のある薬剤があれば、に \checkmark を付けて下さい。

- a 内服 アレグラ アレジオン アレロック アゼプチン エバステル
クラリチン ザイザル ザジテン ジルテック ゼスラン タリオン
ディレグラ リザベン オノン キプレス シングレア アイピーディ
バイナス 市販薬 その他()
- b 点鼻 アラミスト ナゾネックス エリザス フルナーゼ リノコート
リボスチン コールタイジン スカイロン アルロイヤー
市販薬 その他()
- c 点眼 パタノール ゼペリン リザベン リボスチン インタール
フルメトロン 市販薬 その他()

Q3 花粉症の種類について

- a 花粉症の原因について思い当たる植物がある場合、に \checkmark を付けて下さい。
- 春 スギ ヒノキ シラカバ ハンノキ
夏 カモガヤ ハルガヤ イネ科 オオアワガエリ
秋 ブタクサ ヨモギ その他()
- b 花粉症以外にもアレルギー性鼻炎の原因となるアレルギーがありますか?
ある場合、に \checkmark を付けて下さい。
- ある ハウスダスト ダニ カビ 動物() ない

Q4 他にもアレルギー疾患がありますか?

はい 喘息 アトピー性皮膚炎 膠原病 その他() いいえ

Q5 当院をお知りになられたきっかけを教えてください。

ホームページ アイチケット 路上看板 バス看板 バス車内放送 電話帳
表示灯(市役所) 小平市高連だより 知人 家族 他の医療機関 その他()

Q6 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。