

# 問診② 花粉症

体温 \_\_\_\_\_ 度 体重 \_\_\_\_\_ kg

お名前 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

別紙住所記載の場合は不要

住所(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯 ( \_\_\_\_\_ )

1. 花粉症は  \_\_\_\_\_ 年目
2. 今年の症状はいつからありますか \_\_\_\_\_
3. 症状  くしゃみがとまらない (1日に \_\_\_\_\_ 回くらい)  
 鼻水がとまらない (1日に \_\_\_\_\_ 回くらい鼻をかむ)  
 鼻がつまる(鼻で息はできる くち呼吸になる 夜も眠れないほど)  
 咳がでる  耳がかゆい  目がかゆい  その他 \_\_\_\_\_
- ※4 飲み薬の希望  ない  ある 薬名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 週間分)  
 昨年と同じ薬を希望  
希望のくすりはどちらでしょうか  
 眠気が少ない薬  眠気があっても効果が強い薬  
車の運転は日常的にしますか  
 しない  する (時々・ほぼ毎日・高速道路もよく運転する)
5. 点鼻薬処方希望  ない  ある \_\_\_\_\_ 本
6. 点眼薬処方希望  ない  ある \_\_\_\_\_ 本 (コンタクト  有  無)
7. アレルギーの原因物質を調べる検査をしたことが  ない  ある  
(具体的に:いつ頃 \_\_\_\_\_ アレルギー物質 \_\_\_\_\_)  
アレルギーの詳しい血液検査の希望は  ない  ある
8. ご両親・兄弟・お子様に花粉症の方はいますか  いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )
9. レーザー治療、免疫治療を受けたことがありますか  ない  ある

10. 以前受診されたときと変わりがありますか  
他の病気をした  いいえ  はい(いつ \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )  
手術を受けた  いいえ  はい(いつ \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )  
現在通院中の病気で薬の内容が変わった  いいえ  はい  
薬や食物アレルギーになりましたか  いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )  
服用しているお薬はありますか \_\_\_\_\_

煙草  吸わない  吸う 1日 \_\_\_\_\_ 本 ・お酒  飲まない  飲む 週 \_\_\_\_\_ 回  
女性の方 妊娠中ですか  はい \_\_\_\_\_ カ月  いいえ  
授乳中ですか  はい 赤ちゃん \_\_\_\_\_ カ月  いいえ