

# 花粉症用問診表

平成 30 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(詳しく)(学校名) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

## Q1 希望する治療に○を付けて下さい。(複数可能。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 コンタクトレンズを装着したまま点眼希望
  - ii レーザー手術を希望
  - iii 舌下免疫療法を希望(5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、ダニのアレルギーもあるので、ダニ舌下免疫療法を希望(5歳以上)

## 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、にレを付けて下さい。(五十音順に並んでいます)

- a 内服 アイピーディ アレグラ アレジオン アレロック アゼプチン  
エバステル オノン キプレス クラリチン ザイザル ザジテン  
ジルテック シングレア ゼスラン タリオン ディレグラ デザレックス  
バイナス ビラノア リザベン ルパフィン 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 アレジオン 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 検査したことがある 検査したことは無い

a 花粉症の原因と思われる植物があれば、検査の有無にかかわらずにレを付けて下さい。

- 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、にレを付けて下さい。

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 yahoo 広告 Caloo こだいら子育てガイド 路上看板 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 (窓口負担がある方のみ)領収書の他に明細書の発行を希望しますか?

いいえ はい

## Q7 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。