

花粉症問診表

お名前： _____

1.お困りの症状に○をつけてください。

くしゃみ () 鼻水 () 鼻づまり ()
目のかゆみ () 喉のかゆみ () その他 (_____)

2.原因としてわかっているものがあれば○をつけてください。

スギ () ヒノキ () カモガヤ ()
ヨモギ () ブタクサ () ハウスダスト ()
ダニ () イヌ () ネコ ()
その他 (_____)

3.採血によるアレルギーの原因の詳しい検査をご希望されますか？

(※保険適用3割負担の方で約 2,000 円～5,000 円ほどです。)

希望 (する ・ しない)

4.花粉症で今まで薬を使用したことがありますか？

はい(薬名： _____) いいえ

5.点眼薬のご希望はありますか？ (はい ・ いいえ)

※点眼薬ご希望の方

・コンタクトレンズを使用していますか？ (はい ・ いいえ)
ハードレンズ () ソフトレンズ ()
1DAY () 2WEEK () その他 (_____)

6.いままで食べ物や薬、麻酔でアレルギーがでたことがありますか？

はい () いいえ

7.女性の方 妊娠の可能性はありますか？ または授乳中ですか？

はい () いいえ

8.今回、相談したいことがありましたらご記入ください。

※例 レーザー治療の相談がしたい…

車の運転をするので眠くならない薬が欲しい…

前回〇〇〇を飲んで効かなかったので違う薬が欲しい…

点鼻薬は苦手…

など、下記にお気軽にご記入下さい

(_____)

ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さい。