

成人 花粉症の問診票

ふりがな _____ 明・昭
大・平 _____ 年 月 日 生まれ (年齢 歳)

名前 _____ (男・女)

住所 〒 _____

電話 () -

携帯 () -

当院を知ったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

1. 知人から聞いて (_____ 様から) 2. 他の医療機関から聞いて 3. 看板・電柱の看板
5. 電話帳 6. チラシ 7. 当院のホームページ (パソコン・携帯電話)

来院方法は？

1. 徒歩 2. 自転車 3. 電車 4. バス 5. 車 6. 通勤・通学のついで 7. その他 ()

① 花粉症になったのはいつごろですか？ () 年前から・今年初めて

② 現在お困りのものに○をつけて下さい。(複数選択可)

鼻水が出る 鼻がかゆい クシャミがでる 鼻がつまる 目がかゆい 肌がかゆい
その他 ()

③ ご希望の薬がある方は○を付けてください。

飲み薬	アレグラ	アレジオン	アレロック	クラリチン
	ザイザル	小青竜湯(漢方薬)	タリオン	ディレグラ
	キプレス	オノン	その他 ()	
ひどい時に飲む薬:		セレスタミン		
鼻スプレー	液体: アラミスト	ナゾネックス	フルナーゼ	
	粉末: エリザス			
目薬	アレジオン	パタノール		
	ひどい時に使う目薬:		フルメトロン	

④ 鼻スプレーを希望しますか？ (はい【液体・粉末】 ・ いいえ)

⑤ コンタクトレンズは使用していますか？ (はい【1day・その他】 ・ いいえ)

⑥ 目薬を希望しますか？ (はい ・ いいえ)

⑦ アレルギー検査の希望はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑧ レーザー治療の希望はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑨ 自動車・バイク・原付の運転をしますか？ (はい ・ いいえ)

⑩ 前立腺肥大・緑内障はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑪ 女性の方に質問です。妊娠中・授乳中ですか？ (妊娠中・授乳中 ・ いいえ)

その他ご希望があれば、ご記入下さい。

小児 花粉症の問診票

ふりがな	明・昭 大・平	年 月 日	生まれ (年齢 歳)
名前	(男・女)	15歳以下のお子様 (体重 kg)	
住所	電話 () -		
	携帯 () -		

当院を知ったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

2. 知人から聞いて (_____ 様から) 2. 他の医療機関から聞いて 3. 看板・電柱の看板
5. 電話帳 6. チラシ 7. 当院のホームページ (パソコン・携帯電話)

来院方法は？

1. 徒歩 2. 自転車 3. 電車 4. バス 5. 車 6. 通勤・通学のついで 7. その他 ()

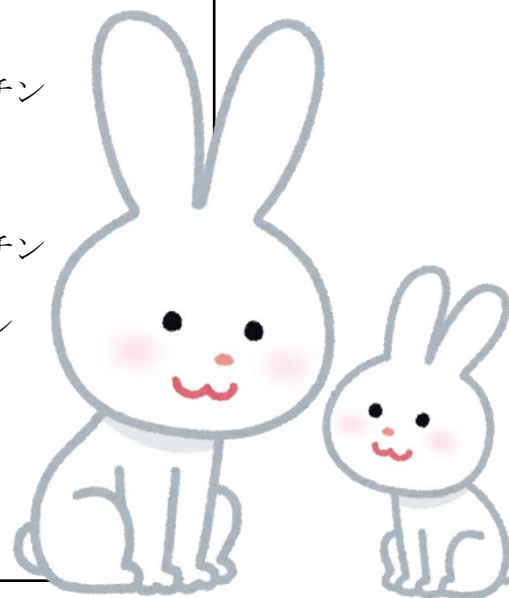
① 花粉症になったのはいつごろですか？ () 年前から・今年初めて

② 現在お困りのものに○をつけて下さい。(複数選択可)

- 鼻水が出る 鼻がかゆい クシャミがでる 鼻がつまる 目がかゆい 肌がかゆい
その他 ()

③ 薬の希望がある方は○を付けてください。

飲み薬		
シロップ：	ザイザル	
粉薬：	アレグラ	アレロック クラリチン
	シングレア	キプレス オノン
錠剤：	アレグラ	アレロック クラリチン
	ザイザル	シングレア タリオン
	キプレス	オノン (カプセル)
鼻スプレー		
	アラミスト	ナゾネックス



④ 鼻スプレーを希望しますか？ (はい ・ いいえ)

⑤ 目薬を希望しますか？ (はい ・ いいえ)

⑥ アレルギー検査の希望はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑦ レーザー治療の希望はありますか？ (はい ・ いいえ)

その他ご希望があれば、ご記入下さい。