

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 ()	-	

- 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、一番お困りのものには◎を付けてください。(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 ザイザル キプレス	アレジオン 小青竜湯(漢方薬) オノン	アレロック タリオン その他 ()	クラリチン ディレグラ
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				
ひどい時に使う目薬:	アレジオン	パタノール	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 花粉症の間診票

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 () -

- 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、一番お困りのものには◎を付けてください。(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

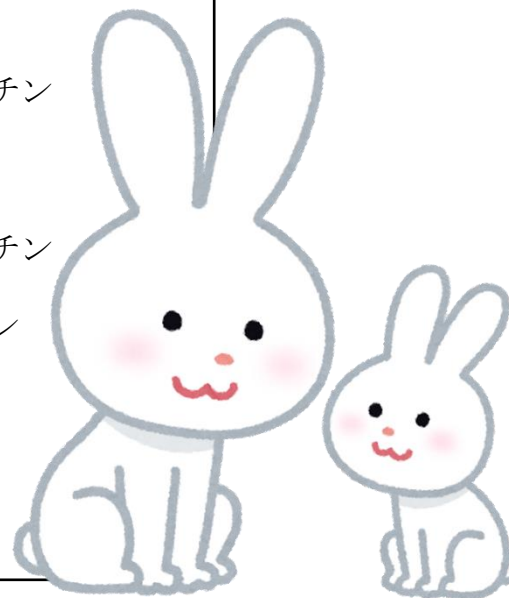
錠剤： アレグラ アレロック クラリチン

 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



- ⑤ 鼻スプレーを希望しますか？ (はい ・ 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)

その他ご希望があれば、ご記入下さい。