

# 花粉症用問診票

ID:

〒 \_\_\_\_\_

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

◆ 体 重 \_\_\_\_\_ Kg (お子様のみご記入ください)

1) 本日はどのような症状でお困りですか。○をお付けください。

- ・水様性鼻汁 ( ) ・くしゃみ ( ) ・鼻閉 ( ) ・せき ( )
- ・目のかゆみ ( ) ・喉のかゆみ ( ) ・その他 ( )

2) いつ頃からですか。

初めての方は『初めて』に○を、それ以外の方は『( )年前から』にご記入ください。

- ・初めて ( )
- ・( )年前から

3) 治療中の病気で以下のものはありますか。 (ある・ない)

- ・糖尿病 ( ) ・緑内障 ( ) ・前立腺肥大 ( )

4) 女性の方のみお答えください。

- ・妊娠中ですか (はい・いいえ) ・授乳中ですか (はい・いいえ)

5) 風邪薬、鼻炎の薬で眠くなりますか。

(はい・いいえ)

6) 今までに花粉症の治療で眠くなった薬がありますか。 (はい・いいえ)

『はい』と答えた方…わかれば薬の名前をお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

7) アレルギーのお薬でご希望がございましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

記入が済みましたら受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。

※ お薬手帳をご希望の方は会計の際お申し出ください。