

# 問 診 票

受付 令和 年 月 日

ふりがな	生年 大・昭 年 月 日 月日 平・令
お名前	年 齢 歳 ヶ月 性 別 男・女
現住所 〒	自宅 No. _____
	携帯 No. _____
	身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

**(1) 今日はどんなことで受診されますか？**

具体的にお書きください。

(以下に該当するものがあれば○印をつけてください。)

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| ① 花粉症治療希望           | ③ 禁煙治療希望    |
| ② いびき・睡眠時無呼吸症候群精査希望 | ④ 鼻粘膜焼灼術の希望 |

**(2) 花粉症の治療を希望される方にお聞きします。**

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| ① まだ症状はないが季節前投薬を希望する。 | ④ 以前と同じ薬を希望する。             |
| ② 軽いが花粉症の症状が出始めている。   | ⑤ 目薬希望。コンタクト使用 ( あり ・ なし ) |
| ③ 本格的な花粉症の症状が出始めている。  | ⑥ その他 ( _____ )            |

**(3) 以前なった、もしくは治療中の病気がありますか？ (該当するものにすべて○印をつけてください。)**

- |        |         |             |       |
|--------|---------|-------------|-------|
| ① 高血圧症 | ④ 緑内障   | ⑦ アトピー性皮膚炎  | ⑩ その他 |
| ② 糖尿病  | ⑤ 前立腺肥大 | ⑧ アレルギー性鼻炎  |       |
| ③ 心臓病  | ⑥ 喘息    | ⑨ アレルギー性結膜炎 |       |

現在、服用中の薬があれば教えてください。\*お薬手帳を持参されていれば受付にご提示ください。

**(4) 今までに、薬の副作用もしくは薬のアレルギーを経験したことがありますか？**

あれば、可能な限り詳しく書いてください。

なし・あり → ( \_\_\_\_\_ )

**(5) ご家族にアレルギー体質の方はいますか？**

なし・あり → ( \_\_\_\_\_ )

**(6) 喫煙の有無**

なし・あり → 1日 本 年間

**(7) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？**

いいえ・はい → 妊娠 ヶ月 / 乳児の年齢 歳 ヶ月