問　診　票

受付　平成　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	明・大 昭・平	年　月　日	
お名前		年齢	才　ヶ月	性別	男　・　女
現住所	〒	tel			
		携帯			
		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 まだ症状は無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○印をつける）

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、内服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下さい。

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　　才　　ヶ月