

受付 平成 年 月 日

花粉症に関する問診票

ふりがな		生年	明・大	年	月	日
お名前		月日	昭・平			
		年齢	才	ヶ月	性別	男・女
現住所	〒	自宅番号				
		携帯番号				
		身長	cm	・	体重	kg

1 以前に当院にて花粉症治療を受けたことのある患者様
(以下に該当するものがあれば○印をつけてください。)

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

2 現在、気になる症状があればお書きください。
(以下に該当するものがあれば○印をつけてください。)

- ① 鼻水
- ② くしゃみ
- ③ 鼻づまり
- ④ 目のかゆみ
- ⑤ ノドのかゆみ
- ⑥ 皮膚のかゆみ
- ⑦ それ以外の症状があればお書きください。

()

3 昨年当院を受診した以降、新たに内服し始めた薬、経験したお薬の副作用、女性の方で妊娠出産授乳など、変化があった方は詳細をお書きください。なければ、記載の必要性はありません。

()