花 粉 症 に 関 す る 問 診 票

受付　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	大・昭 平・令	年　月　日	
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）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〇印をつけてください。）

① まだ症状はないが、季節前投薬を希望する。
② 軽いが、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〇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 のどのかゆみ　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、記入の必要性はありません。）

（　　）