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

◆ マイナ保険証による受付を行いましたか？ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

→「はい」と答えた方…マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？・・【　はい ・ いいえ 】

◆ ほかの医療機関からの紹介状を持っていますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

◆ この１年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

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）

- まだ症状はないが、季節前投薬を希望する
- 花粉症の症状が出始めている
- 以前と同じ薬を希望する
- 目薬希望　　コンタクト使用（ あり ・ なし ）
- その他（　　）

② 現在、気になる症状はありますか？

（以下に該当するものがあれば〇印をつけてください）

- 今は症状なし　・ 鼻水　・ 鼻づまり　・ くしゃみ
- 目のかゆみ　・ のどのかゆみ　・ 皮膚のかゆみ
- それ以外の症状があれば、ご記入ください。〔　　〕

③ 現在、服用中の薬がありますか？【 あり ・ なし 】

→「あり」と答えた方……**お薬手帳を受付にご提示ください。**

＊お薬手帳を忘れた、または、スマートフォンにお薬手帳がある場合は下記にご記入ください。

〔　　〕

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？　【 あり ・ なし 】

＜　お薬の名前や副作用の状況　＞

〔　　〕

⑤ 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