アレルギー性鼻炎問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿

※わからない項目は、空欄のままでけっこうです。

●過去にアレルギー検査を受けて、陽性だったものがあれば、○をつけて下さい。

・スギ　・カモガヤ　・ヒノキ　・ブタクサ

・ヨモギ　・ダニ　・ハウスダスト　・その他（　　）

●困っている症状に○、特に困ってる症状に◎をつけて下さい（複数回答

くしゃみ　（　　）　鼻水　（　　）

鼻づまり　（　　）　目のかゆみ（　　）

のどのかゆみ（　　）　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●目薬は希望されますか？　（希望する　希望しない）

「希望する」の場合、コンタクトレンズの使用の有無

（　有　　無　）

●点鼻薬は発症期間中に連用することで効果が得られる薬です。内服薬で効果が乏しい場合や重症の場合、事情があり内服ができない場合に用います。次の中から選択して下さい。

①点鼻薬を希望しない　（　　）
②粉のタイプ（使用感に乏しいが、液垂れしない）を希望する（　　）
③液体タイプ（使用感は強いが、液垂れがある）を希望する　（　　）
④医師の判断に任せる　（　　）

●ご希望の薬があれば、薬の名前および、何年以上使ったかをお書き下さい

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●今まで使った薬の中で、効果が不十分だったものがあれば
薬の名前をお書き下さい

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●次の中で、あてはまるものに○をして下さい。

①効果があっても眠気がでる可能性のある薬は避けたい　（　　）
②効果が強いなら、飲み始めに眠気がでる可能性のある薬　（　　）
　でも使ってみたい　（後から変更可）
③どちらとも言えない　（　　）
④運転する機会が多い　（　　）
⑤試験を控えている　（　　）

●アレルギーの採血検査を希望されますか（５歳以上・平日のみ）？
（希望する　希望しない）

たかはし耳鼻咽喉科