

【花粉症問診票】

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

1. 現在認める症状を教えてください

鼻水	あり	なし
鼻づまり	あり	なし
くしゃみ	あり	なし
目の周囲のかゆみ	あり	なし
皮膚のかゆみ	あり	なし

2. 例年の花粉症は何月から何月までですか？

_____ 月～ _____ 月まで

3. 秋の花粉症はありますか？

あり なし

4. 女性の方

妊娠していますか？ はい→妊娠 _____ ケ月 いいえ

授乳していますか？ はい→ _____ ケ月のお子様 いいえ

5. 緑内障はありますか？

はい いいえ

6. 糖尿病はありますか？

はい いいえ

7. 今までの花粉症治療で使い慣れている薬はありますか？

はい→ (内服薬： _____ 点鼻薬： _____ 点眼薬： _____)

いいえ

8. アレルギー検査の希望はありますか？

あり なし

9. 毎日車の運転をしますか？

する しない