

花粉症外来問診表

(I D)

フリガナ

氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 _____ 年 月 日 (才)

〒

住所 _____ 電話番号 自宅 _____ ()

携帯 _____ ()

緊急連絡先 氏名 _____ 続柄 _____

()

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 症状を教えてください。

くしゃみ 鼻づまり 鼻水 咳 のどのかゆみ 目のかゆみ

その他 _____

(2) 今までに使ったことのある薬を教えてください。

●内服薬

アレロック アレグラ エバステル タリオン アレジオン ビラノア
ジルテック ザイザル クラリチン ザジテン リザベン シングレア キプレス
セレスタミン ポララミン ネオラミンTR 不明 市販薬 (薬品名 _____)
服用したことがない

●点鼻薬

フルナーゼ アラミスト エリザス ナゾネックス 不明 使用したことがない

●点眼薬

パタノール リボスチン ゼペリン インターール フルメトロン
不明 使用したことがない

(3) 点鼻薬をご希望ですか？

はい いいえ ご希望の薬があれば教えてください。 _____

(4) 点眼薬をご希望ですか？

はい いいえ ご希望の薬があれば教えてください。 _____

(5) 花粉症のアレルギー検査をご希望ですか？

(血液検査、3割負担の方で 5,000 円～8,000 円)

はい いいえ

(6) 現在治療中のご病気はありますか？

はい (詳細 _____) いいえ

(7) いつも飲んでいる薬はありますか？

はい いいえ *お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

(詳細 _____)

(8) 薬の副作用はありますか？

はい いいえ

(詳細 _____)