

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 _____ () _____
緊急連絡先 _____ () _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 困っている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 _____

今までに使ったことのある薬について伺います。

(2) 今までに効いた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
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 服用したことが無い

●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 使用したことが無い

●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 使用したことが無い

(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) いつも飲んでいる薬がありますか？

はい いいえ

『はい』とお答えの方、薬の名称を教えてください
