

# 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 \_\_\_\_\_ )