

～アレルギー性鼻炎・花粉症問診票～

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

1. いつから鼻炎症状が出ましたか? \_\_\_\_歳\_\_ヶ月頃

2. 何月頃でしたか? ……\_\_月

3. どのような症状がありますか? (当てはまるものすべてにチェックをつけてください)

- 鼻水が出る      くしゃみ      鼻づまり      鼻血  
眼がかゆくなる      のどが痛い・かゆい      耳がかゆくなる      咳がよく出る  
肌が荒れる・かゆくなる (どこがかゆくなりますか? : \_\_\_\_\_)  
その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

4. どの症状が一番苦痛を感じますか?

- 鼻水が出る    くしゃみ    鼻づまり    鼻血    眼かゆみ    のどの症状    耳の症状  
咳    肌の症状    その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

5. 何が原因のアレルギーか確認できていますか?

- いいえ    はい ⇒ それは何が原因ですか? (\_\_\_\_\_)

6. それは、どのように確認されましたか? (当てはまるものすべてにチェックをつけてください)

- 検査はしていないが、医師からいわれた    鼻水の検査    皮膚検査    誘発検査  
血液検査 (いつ頃行いましたか? \_\_\_\_歳\_\_ヶ月頃 ) ⇒ 検査結果をスタッフにお渡し下さい。

5. 治療についてお聞きします。使用している (したことがある) 治療はどれですか?

- 内服    アレジオン    アレグラ    タリオン    アレロック    エバステル    クラリチン  
ジルテック    ザイザル    オノン    プランルカスト    シングレア    キプレス  
モンテルカスト    ピラノア    ルパフィン    デザレックス    ディレグラ  
その他 (\_\_\_\_\_)

- 点鼻薬    インターール    リボスチン    ザジテン    フルナーゼ    アラミスト    ナゾネックス  
ナゾネックス    リノコート    その他 (\_\_\_\_\_)

6. 舌下免疫療法をご存知ですか?

- いいえ    はい ⇒ はいの方にお聞きします。すでに治療中ですか?  
いいえ    はい (治療薬 シダキュア    ミティキュア    アシテア)

当院で舌下免疫療法を希望されますか?    いいえ    はい

その他相談したいことがございましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]