

# 花粉症の問診票

(下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。)

ふりがな				男	大・昭・平・令	年	月	日生	歳
お名前				女	被保険者(世帯主)との続柄				
ご住所	〒					電話	( )		
お勤め先 学校 幼稚園等	名称								
	住所	〒					電話	( )	

1.現在の症状に関して記入してください。 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

いつから \_\_\_\_\_ (日、週間)前から 今年はまだ症状なし(予防治療希望)

鼻  
くしゃみ→なし 1日の回数が 5回以下 10回以下 20回以下 それ以上  
鼻みず→なし 鼻をかむ回数が 5回以下 10回以下 20回以下 それ以上  
鼻づまり→なし 鼻で呼吸できる 口呼吸が時々 口呼吸がかなり 1日中口呼吸

目  
かゆい 痛い しょぼしょぼ なみだ多い めやに多い

その他  
咳 のどのかゆみ 顔のかゆみ 耳のかゆみ 頭痛 その他( )

2.以前の症状などに関して記入してください。

花粉症は何年ぐらい前からありますか? \_\_\_\_\_ 年前ぐらいから 今年始めて わからない  
季節はいつごろがひどいですか? 月から 月ぐらいの間 1年中鼻炎症状ある  
花粉症の検査をしたことがありますか? ある ない  
ある場合→何のアレルギーがありましたか?  
スギ、ヒノキ、カモガヤ、ブタクサ、ハウスダスト、ダニ、その他( )  
ない場合→検査(採血)を希望されますか? はい いいえ  
花粉症の治療をしたことがありますか? ある ない  
ある場合→調子のよかった薬がありましたら記入してください。  
薬の種類(内服、点鼻、点眼、 )薬の名前( )

3.花粉症の治療薬に関して御希望があれば記入して下さい。

飲み薬	眠気のない薬がよい 多少眠気があってもよく効くすぐに効く薬がよい 1日(1回 2回 3回)の薬がよい 漢方薬を試してみたい 飲みたくない
点鼻薬	使用したい 使用したくない
点眼薬	使用したい 使用したくない

4.今までに飲み薬や注射・麻酔で具合が悪くなったことがありますか?

ない ある→ \_\_\_\_\_ どのような薬ですか?

5.現在、他の病気で通院していますか?

いいえ はい→ \_\_\_\_\_ どのような病気ですか?

\_\_\_\_\_ どのような薬をのんでいますか?

7.女性の方にうかがいます

妊娠していますか? いいえ わからない はい 授乳中ですか? いいえ はい

8.成人の方にうかがいます

タバコをすいますか? いいえ はい→ \_\_\_\_\_ 1日 本 年間

お酒をのみますか? いいえ はい→ \_\_\_\_\_ 1日 合 年間

自動車の運転や危険な機械作業などを行いますか? いいえ はい→ 毎日 時々

9.コンタクトをお使いの方にうかがいます。ご使用のタイプは ハード・ソフト(ワンデー・2ウィーク・1ヶ月)

10.領収書の他に明細書の発行をご希望されますか? いいえ はい(詳細は裏面をお読みください)