

再診用 花粉症・アレルギー性鼻炎 問診票

お名前 _____ 診察券番号()

1、症状(花粉症の方はピーク時の症状)について、該当欄にチェックを入れて下さい。

- 1日に10回以上鼻をかむほど、鼻水ができる。
- 鼻がつまって、口呼吸になったり、夜間眠れないことがある。
- 喉の症状がある(かゆみ、痛み、せき)
- 眼のかゆみがある。

2、アレルギーの原因物質の検査をしたことがある方へ、陽性になった物質に○をして下さい。

スギ ヒノキ ハウスダスト ダニ ブタクサ カモガヤ カビ

その他:

3、今までのアレルギー薬で効果のあったものがありますか。

また、継続処方希望のものはございますか。

内服 点鼻薬 点眼薬

薬品名:

4、今までのアレルギー薬で副作用があった薬はありますか。

薬品名:

眠気が強く日常生活に支障があった。

その他()

5、アレルギーのレーザー治療に興味がありますか。

ある ない わからない

☆連絡先に変更のある方はご記入ください

住所	〒
電話番号	