

花粉症問診票

記入日： 年 月 日

| | | | |
|---------------------|--------|-------|--------------------|
| ふりがな | 性別 | 小学生以下 | ご住所 〒 ー 初診の患者様のみ記入 |
| お名前 | 男 女 | 体重 | |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | 年齢 | | 電話 () |
| | | | 携帯 () |

初めて使う薬に関しましては、患者様の症状を十分に改善させることができなかつたり、眠気の副作用が強くて継続内服が困難な薬である場合があるため、初回2週間処方をお勧めします。

◆本日の症状、希望するお薬名などありましたらご記載下さい。

希望する箇所に☑をしてください。

◆希望する内服薬のタイプ（1つお選び下さい。）

- 多少効果が弱くても眠気の少ない薬 多少眠気があっても効果の高い薬
 上記2つの中間の薬 内服は希望しない（点鼻、点眼のみ希望）

◆点鼻薬 希望する（以下からお選びください。2才から使用可） 希望しない

効果の高いものを希望 鼻に刺激があっても点鼻の実感のあるものを希望
 鼻の刺激が少なく、液だれしない粉タイプのスプレーを希望（6才以上の方のみ）

◆点眼薬 希望する → コンタクト使用 あり なし 希望しない

◆花粉症(アレルギー性鼻炎)の検査について

- 希望する 希望しない

※検査を希望される方へ 希望する検査に☑をお願いします。

採血による検査（アレルギー抗体検査 小学生以上）→結果が出るまで1週間前後かかります。

- 8項目で約3000円（3割負担の場合） 一般的な花粉症
 13項目で約5000円（3割負担の場合） 一般的な花粉症+カビや動物などの環境因子

指先からの簡易検査（イミュノキャップ）採血が難しいお子様向け

ダニ、スギ、ブタクサ、カモガヤ、ヨモギ、イヌ、ネコ、ゴキブリの 8項目のみ。

当日30分前後で検査結果がわかります。約3000円（3割負担の場合）

| | |
|------------------------|--|
| ◆お薬の希望はありますか？ | 先発希望 / どちらでも可 / ジェネリック希望 |
| ◆現在、他院から処方されたお薬はありますか？ | なし あり お薬名： |
| ◆お薬にアレルギーはありますか？ | なし あり→（お薬名） 起きた症状→ 【 】 |
| ◆女性の方へ | 妊娠の可能性 いいえ はい（ か月） 授乳の有無 なし あり |
| ◆小児の方へ | 錠剤(7歳以上) 粉薬希望 シロップ希望 |

～ご記入が終わりましたら受付までお持ちくださいませ～