

# 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 〒 -
お名前	男 女	体重	
明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢	携帯 ( )	
		電話 ( )	

初めて使う薬に関しましては、初回2週間処方をお勧めします。症状を十分に改善させることができなかつたり、眠気が少ないお薬でも患者様によって眠気等の副作用がでて内服継続が困難な場合があります。

◆症状をご記入下さい。			
<input type="checkbox"/> 前回症状の続きの方⇒		<input type="checkbox"/> 前回と同じお薬希望	<input type="checkbox"/> 前回のお薬で効果不十分
◆現在、他院から処方されたお薬はありますか？		<input type="checkbox"/> あり (お薬手帳は毎回お出してください)	<input type="checkbox"/> なし
		お薬名：	
◆女性の方へ	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり ( か月)	<input type="checkbox"/> なし
	授乳の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆小児の方へ		<input type="checkbox"/> 錠剤希望(7歳以上)	<input type="checkbox"/> 粉希望
		<input type="checkbox"/> シロップ希望	
		<input type="checkbox"/> 1日2回内服希望	<input type="checkbox"/> 1日3回内服可能

◆内服薬のタイプ (1つお選び下さい。)	<input type="checkbox"/> 多少効果が弱くても眠気の少ない薬 <input type="checkbox"/> 多少眠気があっても効果の高い薬 <input type="checkbox"/> 上記2つの中間の薬 <input type="checkbox"/> 希望しない (点鼻、点眼のみ希望)
◆点鼻薬	<input type="checkbox"/> 鼻に刺激があっても点鼻の実感のあるものを希望 <input type="checkbox"/> 鼻の刺激が少なく、液だれしない粉タイプを希望 (6才以上) <input type="checkbox"/> 希望しない
◆点眼薬	<input type="checkbox"/> コンタクト使用あり <input type="checkbox"/> コンタクト使用なし <input type="checkbox"/> 希望しない
◆花粉症(アレルギー性鼻炎)の検査	<input type="checkbox"/> 採血によるアレルギー抗体検査希望 ※結果まで1週間前後 <input type="checkbox"/> 8項目で約3000円 (3割負担の場合) 一般的な花粉症 <input type="checkbox"/> 13項目で約5000円 (3割負担の場合) 一般的な花粉症+環境因子 <input type="checkbox"/> 指先から簡易検査※結果まで当日30分前後。 採血が難しいお子様向け、41項目で約5000円 (3割負担の場合) 一般的な花粉症+食品類、項目変更は不可 <input type="checkbox"/> 希望しない
◆お薬の希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 先発希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可 <input type="checkbox"/> ジェネリック希望
◆現在、他院に通院していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→病名をご記入ください
	高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 脳梗塞 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ( )
◆お薬にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ (お薬名 ) どのような症状が ( ) 起こりましたか？ ( )

～ご記入が終わりましたら受付横の問診票BOXに裏返してお入れくださいませ～