

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	※住所変更された方は、新住所のご記入をお願いします。
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。			
☐ 前回症状の続きの方⇒		☐ 前回と同じお薬希望 ☐ 前回のお薬で効果不十分	
◆現在、 <u>他院</u> から処方されたお薬はありますか？		☐ なし	※お薬手帳の場合は問診票と一緒にお出しください
		☐ お薬手帳 ☐ お薬手帳アプリ ☐ お薬手帳忘れ	
◆女性の方へ	妊娠の可能性	☐ あり (か月)	☐ なし
	授乳の有無	☐ あり	☐ なし
◆小児の方へ		☐ 錠剤希望(7歳以上)	☐ 粉希望
		☐ シロップ希望	
		☐ 1日2回内服希望	☐ 1日3回内服可能

◆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 ☐ 希望しない(点鼻、点眼のみ希望)
◆点鼻薬	☐ 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を希望(12才以上) ☐ 希望しない
◆点眼薬	☐ 希望する コンタクト (あり ・ なし) ☐ 希望しない
◆花粉症(アレルギー性鼻炎)の検査	☐ 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 ☐ 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+環境因子 ☐ 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 ☐ 希望しない
※指先から簡易検査 最終受付時間 平日 ; 17:00 まで 土曜日 ; 12:30 まで とさせていただきます。	
◆現在、他院に通院していますか？	☐ いいえ ☐ 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？	☐ なし ☐ あり→(お薬名) どのような症状が () 起こりましたか？ ()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
 ～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～