

いとう耳鼻咽喉科 花粉症・アレルギー問診票

お名前 _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の項目で当てはまると思うものを○印で囲んでください。いくつ選択しても結構です。

1. 今シーズンに関して、症状はすでに出てきていますか？

1. はい 2. いいえ 3. そろそろ出てきた 4. まだ出ていないが、予防的に治療したい

2. 治療してほしい症状は何ですか？

1. くしゃみ、鼻水 2. 鼻詰まり 3. 目の症状（かゆみ、涙目など）
4. のどの異和感（イガイガ感、違和感、咳など） 5. 全部治してほしい

3. あなたのアレルギーの原因は何ですか？ わかっておりましたら教えてください。

1. スギ 2. ヒノキ 3. ホコリ、ダニ 4. カモガヤ 5. ブタクサ 6. ヨモギ
7. シラカンバ 8. カビ 9. その他()
10. わかりません、まだちゃんと調べたことがありません

4. 治療に関して希望はありますか？

1. 血液検査などをして、きちんと原因を調べたうえで治療してほしい。
2. 副鼻腔炎などの合併症が疑われる時は、必要があればレントゲン検査などもしてほしい。
3. とりあえず症状を治してほしい。検査などは希望しない。
4. 専門病院の紹介を希望します。(レーザー治療や減感作療法、手術療法など)
5. 舌下免疫療法を希望します。
6. トリクロール酢酸による焼灼療法を希望します。

5. 治療薬の種類に関して何か希望はありますか？

1. 内服薬だけ希望します 2. 点鼻薬も希望します 3. 目薬も希望します
4. 前回と同じ薬を希望します
→ 薬の名前が分かれば教えてください()
5. 今までの薬があまり効かなかったので、変更を希望します
→ 効かなかった薬の名前が分かれば教えてください()
6. 漢方薬での治療を希望します
7. お薬はなるべく使いたくないので、サプリメントや鼻うがいなどの治療を希望します

6. 薬の処方には制限がある事はご理解いただけるかと思いますが、ご希望がありましたら教えてください。

1. 最小限の薬の量で治療を希望します 2. 通常の薬の処方量を希望します
3. なかなか通院できないので、出来るだけ沢山の処方量を希望します

7. 女性の方へ、現在妊娠、授乳中でしょうか？(※お薬の影響が出る場合がありますので教えてください)

- 妊娠中です(カ月) 妊娠しておりません わかりません
授乳中です(お子さんの年齢は 才 カ月) 授乳しておりません