

ID

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平		
氏名				年	月	日
住所	〒			ご職業		
電話番号				体重	15歳以下のお子様 kg	

- ◎今まで花粉症で医療機関を受診したことがありますか？ (ある ・ ない)
- ◎症状はいつからはじまりましたか？ (月 / 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬)
- ◎現在（あるいは症状がある時）のアレルギー性鼻炎の症状にそれぞれ○をつけてください。

	とてつもなく辛い (最重症)	とても辛い (重症)	辛い (中等症)	少し辛い (軽症)	無症状
くしゃみ回数 (回/日) ※連続したものは 1回と数える	21回以上	11~20回	6~10回	1~5回	0回
鼻かみ回数 (回/日) ※連続したものは 1回と数える	21回以上	11~20回	6~10回	1~5回	0回
鼻づまり	1日中完全に つまる	非常に強くて 口呼吸をかなりする	強く口呼吸を 時々する	少しつまるが 口呼吸はない	ない

◎目の症状【かゆい、ごろごろする、はれぼったい】などはありますか？ (ある ・ ない)

◎今までに服用したことのある花粉症の内服薬、点鼻薬、点眼薬はありますか？

ない ある (名前/)

◎今までに服用した薬で副作用はありましたか？

ない ある (名前/)

◎現在、内服中のお薬はありますか？ ある (お薬手帳を受付にお渡しください) ・ ない

※お薬手帳がない方はご記入ください ()

◎今まで次の病気にかかったことがありますか？ ない

・高血圧・心臓病・脳梗塞・糖尿病・前立腺・腎臓病・緑内障・白内障・気管支喘息・胃潰瘍
てんかん (けいれん) ・アトピー性皮膚炎・その他 ()

◎食物アレルギー

現在かかっている・過去にかかっていた (原因の食べもの/)
まったくない

◎花粉以外のアレルギーはありますか？ ある (ご記入ください) ・ ない ・ わからない

スギ・ヒノキ・ダニ・ハウスダスト・イネ
上記以外 []

★女性の方へ・・・妊娠中または授乳中ですか？

はい→妊娠 週 ・ いいえ ・ 妊娠している可能性がある ・ 授乳中

◎日常生活で困っていること

症状がつらくて集中できない 睡眠不足の (症状がつらい) ため昼間だるい
夜眠れない 憂鬱 (ゆううつ) な気分になり、やる気がおきない
いらいらする その他 ()

★当院をどのようにお知りになりましたか？

1.インターネット (ホームページ / EPARK / Yahoo! / Google / 病院検索サイトなど)
2.チラシ広告 3.家族が通院している 4.知人の紹介 5.他院からの紹介 6.その他 ()

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しください。