

【柏たなかファミリー耳鼻咽喉科 花粉症の問診票】

| | | | | |
|--------|-----|-----------------|-------|----|
| ふりがな | 男・女 | 大 昭 平 令 | ご住所 〒 | — |
| お名前 | | 年 月 日生 | | |
| 電話 () | — | 15 歳以下のお子様 (必須) | | |
| 携帯 | — | | 体重 | Kg |

| | |
|---|--|
| 困っている症状に ☑をつけて下さい (複数回答可) | <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ |
| ご希望の薬のタイプを 選んで下さい☑ | <input type="checkbox"/> 眠気の少ない薬(運転される方、試験を控えてる方向け) <input type="checkbox"/> 眠気のやや強い薬(症状がひどい方向け) |
| ご希望の薬があれば 薬名をお書きください | なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名() |
| 今まで効果が不十分 だった薬があれば 薬名をお書きください | なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名() |
| 目薬は希望されますか？ | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(コンタクトレンズの使用 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) |
| 点鼻薬について あてはまるものに ☑をつけて下さい | 点鼻薬は内服薬で効果が乏しい場合や重症の場合、事情があり内服できない時に用います <input type="checkbox"/> 点鼻薬を希望しない <input type="checkbox"/> 液体タイプ(使用感は強いが、液垂れがある)を希望する <input type="checkbox"/> 粉のタイプ(刺激感が少なく、液垂れしない)を希望する |
| アレルギーの検査を 希望されますか？ (6 歳以上) | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (3 割負担の方：検査代約 5,000 円 小児：受給券をお持ちの方はその範囲になります) |
| 現在、他の病気で飲んで いる薬があれば薬名を お書きください (必須) | なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名() |
| 右記の病気の既往歴は ありますか？ (必須) | なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 |
| アレルギーをおこす物は ありますか？ (必須) | ※お 薬(☐ない ☐ある) → (薬 名) ※食べ物(☐ない ☐ある) → (食べ物) |
| 女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？ | ・していない ・妊娠中 (週) ・妊娠の可能性 (あり ・ 不明) |
| 女性の方へ (必須) 不妊治療されていますか？ | ・していない ・不妊治療中：現在妊娠の可能性 (なし ・ あり) |
| 女性の方へ (必須) 授乳されていますか？ | ・していない ・授乳中 |

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。