

花粉症問診

氏名_____

※花粉症シーズン中の診察をスムーズに行うための問診票です

※あてはまるものに✓をしてください

① 初診 再診

② 今つらい症状（✓はいくつでも）

- くしゃみ
- 鼻水（透明）
- 鼻づまり
- 目のかゆみ・充血
- のどの違和感
- 頭が重い
- 夜眠りにくい

③ 今年の花粉症の程度

- 例年と同じ
- 例年よりつらい
- 今年が初めて

④ 現在アレルギー性鼻炎の薬を使っていますか？

- 使っていない
- 使用中（ ）

⑤ 薬の希望・注意

- 眠くなりにくい薬希望
- 車の運転あり
- 妊娠中・授乳中

⑥ アレルギー検査について

- 今回は検査しなくてよい
- 検査を希望
- 検査済み（ ）