

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

電話 _____

(〒 -)

生年月日: 年 月 日生 (歳)

住所 _____

- 今年はいつから症状がありますか? _____月_____日ごろ ・ 今年はまだ症状がない
- 症状の強いものをいくつか選んで下さい
くしゃみ・鼻みず・鼻づまり・目のかゆみ
せき・皮膚の痒み・その他(_____)
- 左記で特に困るのは何ですか?

- 初めて花粉症になったのはいつ頃ですか?
(_____)歳ころ または (_____)年前
- 花粉症は何月まで続きますか?
3月 ・ 4月初め ・ 4月末頃 ・ 5月
6月以降もある
- 花粉症の時期以外にも症状がありますか?
スギ花粉症時期だけ ・ 1年を通じて多少はある ・ 秋にもある ・ その他
- 下記のアレルギーの病気はありますか?
喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー
(この病気のためのお薬があればお書きください)
- 身内でアレルギーのかたは?
いない
いる → (_____)
- 食べ物(特にくだもの)でアレルギーや口が痒くなることがありますか?
ない ・ ある → (どのような食べ物? _____)
- これまでよく使っていたアレルギーのお薬があればお書きください
ない ・ 市販薬 ・ 病院の薬(_____)
- これまでに詳しいアレルギーの採血検査をされたことがありますか?
無い (無いのかたは詳しい検査を希望されますか? _____) ● 希望する ・ 希望しない
ある (あるの方はいつ頃されて、どのような結果でしたか?)
採血結果をお持ちでしたら、持参してお見せ下さい。
- ペットを飼っていますか?
いいえ ・ はい → 室内犬 ・ 室外犬 ・ ネコ ・ その他(_____)
- かぜ薬や花粉症の薬で眠くなりませんか?
眠くなる ・ 眠くならない ・ わからない (または経験がない)
- 眼の症状のある方に 眼薬も希望されますか?
希望しない ・ 希望する (→ コンタクトレンズを使いますか? 使う ・ 使わない)

◇女性の方に 妊娠中・授乳中のかたは診察時に必ず申し出てください。

◇他院でもらっている薬や病気があればわかる範囲で書いてください。

◇花粉症以外の診察が必要な場合もお書きください