

アレルギーの疑いがある方へ

鼻症状がある方は1から、ない方は2から御記入ください

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

※当てはまるものを○で囲んでください

1. 今、もっとも苦しい症状は何ですか？

(くしゃみ ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 目の症状)

2. 症状の良く出る月はいつ頃ですか？ 特くない ・ ある

① (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 ・ 11 ・ 12) 月頃 (今年は _____ 月 _____ 日頃から始まった)

② 例年はいつ頃から症状が出始めますか？ () 月の (前半 ・ 後半) から

③ 何才頃からはじまりましたか？ () 才頃

3. 今までにアレルギー検査を受けたことはありますか？ 特くない ・ ある

① () 才頃 (血液検査 ・ 皮膚の検査)

② 検査結果・陽性には○、陰性には×、無検査は空欄でお願いします。

スギ () ヒノキ () ハウスダスト () ダニ () ブタクサ () カモガヤ ()

その他 (_____)

4. 動物を飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている (^{動物の種類} _____)

5. 今まで鼻炎以外にアレルギー性の病気を患ったことはありますか？

・特くない ・ ある (アトピー性皮膚炎 _____ 才 ・ 喘息 _____ 才 ・ その他 _____)

6. 今までどんな治療を受けていましたか？

・内服薬 (_____)

・点鼻薬 (_____) ・レーザー () 才頃に () 回 ・減感作治療 (注射)

7. 今まで市販の風邪薬や鼻炎薬、医療機関の花粉症の薬で眠くなったことがありますか？

(とても眠かった ・ 眠かった ・ ほとんどない ・ まったくない)

8. 薬に何か希望はありますか？

・ない ・ ある (1日1回飲む薬 ・ 回数 は 2~3回でも良い ・ 眠くならない薬 ・ (^{いつも内服している薬} _____) を希望)

9. 舌下免疫療法 (飲み薬での減感作療法) を希望しますか？ はい ・ いいえ

10. レーザー治療を希望しますか？ はい ・ いいえ

11. 左記の病気で治療中のものはありますか？ (前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 該当なし)

12. 今までアレルギー性鼻炎の薬で、眠気以外に発疹など副作用が出たことはありますか？

・特くない ・ ある ① 症状 (_____)

② 薬の名前 (_____)

【もろほしクリニック】

受付電話：042-385-3341

自動予約：18603-4570-2933

【三鷹もろほし耳鼻咽喉科】

受付電話：0422-37-3341

自動予約：18603-4588-3007

【吉祥寺もろほし耳鼻咽喉科】

受付電話：0422-20-4133

自動予約：18603-4530-0087