

# 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

※当てはまるものを○で囲んでください

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_

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 例年いつ頃から症状が辻始めますか？ ( ) 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 ( \_\_\_\_\_ )  
動物の種類

4. 動物を飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている ( \_\_\_\_\_ )

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 ・ 舌下免疫療法 (治療を受けた期間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )

・減感作治療 (注射) (治療を受けた期間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )

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. 右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