

診療申込書

花粉症・めまいで受診される方は、別紙の問診票にもご記入ください。

ふりがな		生	大正				
氏名	男	年	昭和		年	月	日生
名	女	日	平成		年	月	才)
住	〒	職			電	()	
所		業			話	-	

問診票

今後の診療の参考になりますので正しくご記入下さい。

現在、困っていることをお答え下さい。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。

いつから 今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

みみ (右・左) 耳のいたみ 耳から汁がでる 耳あか 耳のかゆみ 耳なり
きこえにくい 耳のふさがる(つまる)感じ その他()

はな 鼻みず 鼻のつまり くしゃみ 鼻のいたみ 鼻血 花粉症
においがわからない その他()

のど のどのいたみ のどのはれ のどにできもの つまる感じ いびき
のみこみにくい 息苦しい せき たん 声のでにくい
声がかすれる その他()

その他 口内炎 口の中にできもの 口がかわく 味がわからない
めまい 頭痛 頭が重い 首が腫れている 発熱(°C)
その他()

アレルギー体質がありますか

ない ・ ある → アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・ぜんそく
食物アレルギー・その他()

今までに薬で異常が出たことがありますか

ない ・ ある → 飲み薬・注射薬・外用薬・造影剤 薬の名前()

現在、治療している病気または過去にした病気がありますか

ない ・ ある → 高血圧・糖尿病・心臓や血管の病気・肝臓の病気・結核・
ぜんそく・アトピー性皮膚炎・その他()

現在、薬を飲んでいますか

いいえ ・ はい → 薬の名前 ()

今までに手術をしたことがありますか

いいえ ・ はい → 病名 () 時期 (年 月頃)

今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか

いいえ ・ はい → 病名 () 時期 (年 月頃)

※女性の方へ 現在、妊娠していますか いいえ ・ はい ・ はっきりしない

※女性の方へ 現在、授乳中ですか いいえ ・ はい

嗜好について、お答え下さい たばこ 吸わない ・ 1日に(本位)(才から)(才から禁煙)
酒 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む(ビール ml・日本酒 合)

お子さんの場合は(中学生以下)体重をお書き下さい (kg)

花粉症の問診表

氏名： _____

◆ 症状についてお聞かせください

- ・ 一番つらいのは どれですか？
（ 鼻づまり ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 目のかゆみ ）
- ・ 例年は いつ頃まで症状が続きますか？ （ 月 から 月ころまで ）
- ・ 鼻づまりはありますか？
（ ほとんどない ・ 少しある ・ ひどい ・ まだ始まっていない ）
- ・ 鼻水はありますか？
（ ほとんどない ・ 少しある ・ ひどい ・ まだ始まっていない ）
- ・ くしゃみはありますか？
（ ほとんどない ・ 少しある ・ ひどい ・ まだ始まっていない ）
- ・ 目のかゆみはありますか？
（ ほとんどない ・ 少しある ・ ひどい ・ まだ始まっていない ）

◆ 薬についてお聞かせください

- ・ 以前内服していた花粉症のお薬があれば教えてください
（ _____ ）
- ・ 飲み薬について、希望をお聞かせください。
いずれか
1つ { とにかくよく効く薬（3人に1人くらい眠気が出ることがあります）
 眠気が出にくく、ある程度の効果（10人に1人くらい眠気が出ることがあります）
 眠気がない薬（効果が比較的弱くなります）
 1日1回の服用がよい
 値段が安い（若干、効果が弱くなることがあります）
 その他（ _____ ）
- ・ 点鼻薬は希望しますか？ （ 希望する ・ 希望しない ）
- ・ 目薬は希望しますか？ （ 希望する ・ 希望しない ）
- ・ 目薬を希望された方はコンタクトレンズを装着していますか？
（ はい ・ いいえ ）

当院の方針

初めて処方するお薬の場合は、まず2週間分のお薬を処方して効果をみます。
そのお薬が患者さんにとって効果的であれば、次回から長く処方いたします。