

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日記載

本橋耳鼻咽喉科医院

皆様の症状をできるだけ軽減する治療をするために、症状についての問診の協力をお願いします。（記載した箇所がわかるように青色でお願いします。）

●症状がでてきたのはいつ頃からですか？

⇒ ・でていない（予防のための受診） ・ 昨日から ・ 今日から ・ ( ) 日前より

●いつから（年齢など）花粉症と思われる症状がありますか？

⇒ ・今年初めて ・ \_\_\_\_\_年前より ・ 小児期より（\_\_\_\_\_ 歳ころより）

●症状を自覚する時期はいつですか？

⇒ ・一年中 ・ 季節性である

⇒ 春：\_\_\_\_\_月（初・中旬・末）～\_\_\_\_\_月（初・中旬・末）

秋の症状は？⇒ ある ・ ない

●アレルギー原因の検査はしたことがありますか？

⇒ ・ はい→何にでましたか？（ \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

●日常生活での支障度はいかがでしょうか？

⇒ とても気になる ・ やや気になる ・ どちらともいえない ・ なし

●症状を認めるものに○をつけてください。

⇒ ( ) くしゃみ→ 強・中・弱

( ) 鼻水→ 強・中・弱

( ) 鼻づまり→ 強・中・弱

( ) 眼のかゆみ→ 強・中・弱

( ) 鼻のかゆみ→ 強・中・弱

( ) のどのかゆみ→ 強・中・弱

( ) 耳のかゆみ→ 強・中・弱

( ) せき→ 強・中・弱

( ) のどの痛み→ 強・中・弱

( ) 頭痛→ 強・中・弱

( ) その他→書いてください↑

●今までの治療はどのようなものでしたか？

⇒ ・市販薬（飲み薬・点鼻薬・点眼薬）

・病院でもらった薬（飲み薬 名前はわかりますか？ \_\_\_\_\_）

点鼻薬 \_\_\_\_\_ 点眼薬 \_\_\_\_\_

⇒効果がありましたか？ はい ・ いいえ

●アレルギーの原因（アレルゲン）を調べる検査がありますが、希望されますか？

⇒はい ・ いいえ

（指先採血による当日わかる 8 種類 3000 円程度

注射器採血による 13 種類結果は 1 週間後 5000 円程度）

●多少眠気などの副作用があっても効果の強い薬を希望しますか？⇒ はい ・ いいえ

●漢方薬の処方希望されますか？⇒ はい ・ いいえ

ありがとうございました。