

花粉症用 問診票

記入日 _____年____月____日

お名前: _____ 年齢: _____ 性別: 男・女

①: 希望する診療内容に○をしてください(複数可)

1. 内服薬の処方
2. 点鼻薬の処方
3. 点眼薬の処方
4. アレルギー検査(採血)

②: 1~3に○をした方で、今まで良かった薬があれば以下に記載してください

注: 当院ではステロイド剤(ケナコルト)の筋注は行っておりません

薬品名: _____

③: ②で良い薬が無い(分からない)方は、A~Dで希望する項目に○をしてください

- A: 多少眠くなっても良いので、とにかくしっかり効く薬の組み合わせが良い
B: 眠くなるのは困るけど、しっかり効く薬の組み合わせが良い
C: 重症でないので、マイルドな薬で充分
D: 現在症状がひどすぎるので1回リセットしたい!

④: 妊娠(疑い含む)・授乳について該当項目に○及び記載してください

していない・はい【妊娠している(第 週)、妊娠の疑いあり、授乳している】

当院の診察券をお持ちでない方は、以下の項目も記載をお願いします

患者登録用

注1: すでに当院の診察券をお持ちの方は記載不要です

注2: 受診する患者本人の情報をお書きください

〒 _____ 生年月日: _____年____月____日

住所: _____都・道・府・県 _____市・町・村・区

電話番号: 固定 _____ - _____、携帯 _____ - _____