

鼻アレルギー、花粉症 問診票

お名前 _____

※当てはまる部分を○で囲んでください

①今回初めて症状が出ました 毎年この時期になると症状が出ます 一年中症状が出ます

②今回、治してほしい症状は何ですか？

目のかゆみ、 くしゃみ 鼻水 鼻づまり のどの違和感 せき 今はない
症状がひどくなるのを予防したい その他()

③アレルギーの原因について、きちんと調べる検査を

希望します

希望しません → (※原因がわかっている場合は教えてください))

④希望するお薬や治療(手術)がありましたら教えてください。

飲み薬 点鼻薬 目薬 漢方薬 日帰り手術(要予約)

具体的なお薬の希望があれば、名前を教えてください()

⑤今まで合わなかったお薬や、あまり効果がなかったお薬があれば教えてください。

()

⑥女性の方へ。現在妊娠、授乳中でしょうか？(※お薬の影響が出る場合がありますので教えてください)

妊娠中です(カ月) 妊娠していません わかりません 授乳中です

高熱のある方、インフルエンザ疑いの方 問診票

お名前

①当てはまる症状に○を付けてください

発熱 のどが痛い 食事がとれない 口が開かない 体がだるい 寒気 関節痛 頭痛
気持ちが悪い 嘔吐する 耳が痛い 鼻が出る 咳が出る その他()
扁桃腺をよく腫らす方ですか？ (いいえ、 はい →1年に()回ぐらい)

②症状が出てきたのはいつ頃からですか？

()時間前から、昨日の(朝、昼、夕方、夜)頃から、()日前から

③現在熱はありますか？()℃、熱はありません、 熱が出ていましたが、今は下がっています

④まわりにインフルエンザの人はいますか？ います、 いません、 わかりません

⑤今年のインフルエンザワクチンを受けていますか？ はい、 受けていません

⑥今年インフルエンザにかかっていますか？ はい、 ありません、 わかりません

⑦すでに他の医院で検査、治療を受けていますか？ はい()日前、今回初めての受診です

⑧今までに受けた治療で、問題が起きたことはありますか？

ありません、 あります →状況を教えてください()

合わなかったお薬は？(タミフル、 リレンザ、 イナビル、 抗生剤名)

名前		受付番号	
----	--	------	--

● 前回受診時と比べて症状はいかがですか？

- 1.良くなった
- 2.悪くなった
- 3.変わらない

● 今日はお薬は必要ですか？

- 1.お薬は必要ありません。
- 2.前回と同じ薬を希望
- 3.お薬について医師と相談したい

● 前回受診時以降で別な症状はありますか？

- 1.ない
- 2.ある
→いつ頃からですか？()日前くらいから
→どんな症状ですか？
()

● どちらかで新たに処方されたお薬がありますか？

- 1.ない
- 2.ある
→なんというお薬ですか？()

● お子様の場合、1日3回薬を飲むことは可能ですか？

1. はい
2. いいえ

● 今受けられている治療で何かご質問あればお書き下さい。