奏の杜耳鼻咽喉科クリニック

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

ふりがな　　診察券をお持ちの方　　小学生以下の方

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　診察券番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　体重＿＿＿＿kg

◇今までにアレルギー性鼻炎・花粉症と診断されたことはありますか？　はい　・　いいえ

◇ 本日はどうされましたか？

□鼻水　□鼻づまり　□目のかゆみ　□のどのかゆみ　□くしゃみ

□症状はまだ出ていない（上記の内、毎年出やすい症状に☑をして下さい）

□その他の症状（　　）

➢今回の症状はいつからですか？

日前　・　週間前　・　か月前　・　年前　・　不明

＜患者様へ　～処方薬について～ ＞

・初めて使う薬に関しましては、患者様の症状を十分に改善させることができなかったり、眠気の副作用が強く出て継続内服が困難な薬である場合があります。よって初回２週間処方をお勧めしますが、1～2ヶ月処方をご希望の方には処方可能です。

・内服薬と点鼻の選択は、内服薬単独、もしくは内服薬+点鼻の組み合わせが一般的ですが、どうしても眠気を避けたい場合、点鼻薬のみ使用するケースもあります。

・コンタクト装用下での点眼薬使用はお勧めできません。メガネでの点眼使用をお勧めします。

※1 アレジオンという点眼薬であればカラーコンタクト以外のコンタクトレンズで使用可能です。

希望する箇所に☑をしてください。

●希望する内服薬のタイプ（1つお選び下さい。）

□多少効果が弱くても眠気の少ない薬

□多少眠気があっても効果の高い薬

□上記２つの中間の薬

□内服薬は希望しない（点鼻、点眼のみ希望）

➢希望処方日数　□14日分　□1ヶ月分　□2ヶ月分

●点鼻薬　□希望する（↓以下からお選び下さい。）　□希望しない

□効果の高いものを希望（2才から使用可）

□鼻の刺激が少なく、液だれしない粉タイプのスプレーを希望（6才以上の方のみ）

➢希望処方日数　□14日分　□1ヶ月分　□2ヶ月分

●点眼薬　□希望する　□アレジオン点眼希望※1　□希望しない

➢希望処方日数　□14日分　□1ヶ月分　□2ヶ月分

◇ 小児の患者様へ

□錠剤希望(7才以上)　□粉薬希望　□シロップ希望

◇ その他、希望する薬剤名など、お伝えしておきたいことがありましたらご記載下さい。

［　　］

→裏面へ続きます。

◇ 花粉症(アレルギー性鼻炎) の検査について

※治療の基本は「原因物質の予防対策」になりますので、検査をされたことのない患者様には検査を行い、原因物質を特定することをお勧めしております。(また舌下免疫療法を行うためには、検査による証明が必須となります。(他院での検査結果があれば再検査は不要です。))

検査を　　□希望する　　□希望しない

検査を希望される方へ　希望する検査に☑をお願いします。※結果は自宅に郵送も可能です

□**採血による検査**(アレルギー抗体検査)　★小学生以上の採血が可能な方におすすめ

7 項目で約 3,000 円～最大 13 項目で約 5,000 円(3 割負担の場合)

1 項目から選べます。結果が出るまで 1 週間かかりますが、調べる項目が選べ、より正確な情報が得られます。(13 項目の値段で 39 項目調べられるｾｯﾄ検査もあります。)

□**指先からの検査**(ドロップスクリーン)　★採血が出来ないお子様におすすめ

30 分で検査結果がわかります。約 4,940 円(3 割負担の場合)

頻度の高い 41 項目のセット検査です。

採血検査の方が少しだけ正確な値がわかります。

※同時に複数人の検査が出来ないため、事前に検査の予約をされた方が優先となります。検査の予約状況によっては当日に出来ない場合もございます。

◇ アレルギー検査をされたことがある患者様へ

反応があった項目を教えて下さい。

□スギ　□ヒノキ　□ダニ　□ハウスダスト　□イヌ　□ネコ　□カモガヤ　□ハルガヤ

□オオアワガエリ　□ブタクサ　□ヨモギ　□卵　□牛乳　□小麦　□その他(　　)

◆ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか?★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし　★あり ※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい

____月____日より内服、____日間処方(　　)

【ここから下は、初診の方・変更がある方はご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか?

なし　アレルギー性鼻炎　緑内障　前立腺肥大　高血圧　糖尿病　喘息　けいれん

脳梗塞　脳出血　心臓疾患(病名:　　)心療内科の病気(病名:　　)

その他(　　)

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか?

なし　あり (病名:　　)

◇ 薬にアレルギーはありますか?

なし　あり (薬名:　　)

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか?★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり (薬名:　　)

◇ 女性の方は、妊娠の可能性、授乳の有無についてお答えください。

妊娠の可能性 : なし　あり (妊娠_____週 、出産予定日_____年____月____日)

授乳　　: なし　あり

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

※お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら、問診票入れにお入れ下さいませ。