

花粉症・アレルギー性鼻炎再診票

ID:

氏名: _____

小学生以下のお子様

体重 _____ kg

◆今回の症状は

- 鼻汁 鼻づまり 目のかゆみ のどのかゆみ くしゃみ
症状はまだ出てない その他 (_____)

◆いつからですか？(今シーズン)

_____日前 • _____週間前 • _____ヶ月前 • _____年前 • 不明

◆前回と同じ薬を希望されますか？

- 希望する 希望しない わからない
→「希望しない」「わからない」とお答えされた方
前回の薬では 効果の実感がない 眠気が強い _____

<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つたり、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。

処方の希望日数は _____日分 _____週間分 _____ヶ月分

点鼻薬を 希望する _____ヶ月分 希望しない

点眼薬 希望する _____ヶ月分 希望しない

◆その他何かお伝えしておきたいことはありますか？上記以外の症状など

- ◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳も一緒にご提出下さいませ。
なし ★あり (薬名: _____)
- ◇ 今回の症状で飲んでいる当院以外のお薬はありますか？★お薬手帳も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 (_____)

- ◆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 ご記入ありがとうございました。問診票入れにお入れ下さいませ。
- ◇ 最近新たに発症した病名はございますか？ (はい • いいえ)
はい →病名 [_____]