

# 花粉症・アレルギー性鼻炎再診票

2 診の診療日は、希望の医師に○をお願いします。

【 院長 ・ 2 診医師 ・ どの医師でも可 】

ID:

小学生以下のお子様

氏名: \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg

※「どの医師でも可」ですと、  
待ち時間が少ない医師でご案内します。

## ◆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 \_\_\_\_\_

## ◆本日、鼻吸引、ネブライザー (吸入) は希望されますか? (※現在一時中止しております。)

- ・鼻吸引 \_\_\_\_\_ 希望する                      希望しない                      必要で希望  
・ネブライザー \_\_\_\_\_ 希望する                      希望しない                      必要で希望

## < 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                      \_\_\_\_\_ 本                      希望しない

点眼薬                      希望する                      \_\_\_\_\_ 本                      希望しない

※点鼻薬、点眼薬は 1 本で 2 週間分です。その他( \_\_\_\_\_ )

## ◆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? ★お薬手帳もご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 ( \_\_\_\_\_ )

◆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。受付時にお渡し下さいませ。DL 用

## 会計方法

ご希望に○を付けて下さい。                      ( 現金    •    現金以外 )

※取り扱い可能なカードやキャッシュレス決済については HP をご覧くださいませ。