

花粉症問診票

お名前 _____

● 今回症状が出てきたのはいつ頃からですか？

1. まだでていない(今回は予防のために受診した) 2. 今日から 3. _____ 日前から

● 症状が出だしたのは何年前からですか？

1. 今年初めて 2. _____ 年前から

● 毎年、いつ頃から、いつ頃まで症状がありますか？(以前より症状を認める方へ)

毎年 月 旬頃～ 月 旬頃まで

● 他院の血液検査で花粉症の原因物質を調べていればすべて教えてください。

・スギ ・ヒノキ ・カモガヤ ・ハウスダスト ・ダニ ・ブタクサ
・アキノキリンソウ ・ヨモギ ・ハンノキ ・ネコ上皮 ・イヌ上皮 ・その他(_____)

● 差支えがなければ職業を教えてください。

(_____)

● 症状を認めるものに○印をつけてください。

・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・鼻のかゆみ ・眼のかゆみ ・涙が出る
・のどのかゆみ ・せき ・のどの痛み ・耳のかゆみ ・頭痛 ・皮膚症状
・発熱などの全身症状 ・その他(_____)

● 症状のうち、何が特に困りますか？ 苦痛の大きい順に 1 2 3 と番号で記入してください。

()鼻づまり ()鼻みず ()くしゃみ ()鼻のかゆみ ()眼のかゆみ
()涙がでる ()のどのかゆみ ()せき ()のどの痛み ()耳のかゆみ
()頭痛 ()皮膚症状 ()発熱などの全身症状
()その他(_____)

● 今までどのような治療を行ってきましたか？

のみ薬(・病院でもらった薬 ・市販の飲み薬) 点鼻薬(・病院でもらった薬 ・市販の点鼻薬)
・注射療法 ・点眼薬

● そのうちで特に効果があったと思われるものはどれですか？

のみ薬(・病院でもらった薬 ・市販の飲み薬) 点鼻薬(・病院でもらった薬 ・市販の点鼻薬)
・注射療法 ・点眼薬

● 特に効果があった薬の名前がわかれば教えてください

・(_____) ・わからない

● 今までに風邪薬や鼻炎の内服薬で眠気を起こしたことがありますか？

・ はい ・ いいえ

● 今回、特に眠気の少ない内服薬を希望されますか？

・ はい ・ いいえ

● 今回、多少眠気はあっても効果の強い薬を希望されますか？

・ はい ・ いいえ

● 血液検査で、何に対してのアレルギーで、どの程度のアレルギーなのか？簡単に調べることが出来ます。

今回、アレルギーに関する検査を希望されますか？

・ はい ・ いいえ

● スギ花粉症の季節前に、レーザーによる焼灼術や、凍結手術を行うことにより、シーズン中の症状を軽減

することが可能です。このような治療方法に興味はありますか？

・ はい ・ いいえ

● 今回ほかに相談したいことがあればお書きください。

(_____)

ご協力ありがとうございました



やなぎだ耳鼻咽喉科
EAR, NOSE AND THROAT CLINIC