花粉症問診表

ﾌﾘｶﾞﾅ 名前　　男 女	生年月日　明 昭 大 平　　．　　．
住所　〒	
電話番号	携帯番号

※わからない項目は、空欄のままでけっこうです。

1．原因としてわかっているものがあれば、○をつけて下さい。

・スギ　・カモガヤ　・ヒノキ　・ブタクサ
・ヨモギ　・ダニ　・ハウスダスト　・その他（　　）

2．困っている症状に○、特に困っている症状に◎をつけて下さい（複数回答可）

くしゃみ　（　　）　鼻水　（　　）　鼻づまり（　　）
目のかゆみ（　　）　のどのかゆみ（　　）　その他　（　　）

3．目薬を希望されますか？
（　希望する　　希望しない　）
※「希望する」の場合、コンタクトレンズの使用の有無
（　有　　無　）

服用中のお薬がありましたら
ご記入下さい
（　　）

4．点鼻薬を使用してもいいですか？
（　はい　　いいえ　）

5．ご希望の薬があれば、薬の名前をお書きください。
（　　）

6．今まで使った薬の中で、効果が不十分だったものがあれば、薬の名前をお書きください。
（　　）

7．車両運転や危険な作業など、少しの眠気も出てはいけない環境にありますか？
（　はい　　いいえ　）

8．当院を何でお知りになりましたか？（いくつでも）
□ホームページ　□折込広告　□電柱広告　□バス広告　□紹介　□ご近所、通りがかり　□電話帳
□練馬区医師会ホームページ　□その他（　　）

以上です。ありがとうございました。

みみはなのど吉祥寺なかむらクリニック