花粉症の問診票　（下記の項目について記入もしくは〇で囲んでください。）

ふりがな		男	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　歳	
お名前		女	被保険者（世帯主）との続柄	
ご住所	〒　　電話　　（　　）			
お勤め先 学　校 幼稚園等	名称			
	住所	〒　　電話　　（　　）		

1.**現在の症状**に関して記入してください。

いつから	____（日、週間）前から　　今年はまだ症状なし　（予防治療希望）
鼻	**くしゃみ**→なし　１日の回数が　　5回以下　10回以下　20回以下　それ以上 **鼻みず**　→なし　鼻をかむ回数が　5回以下　10回以下　20回以下　それ以上 **鼻づまり**→なし　鼻で呼吸できる　口呼吸が時々　口呼吸がかなり　1日中口呼吸
目	かゆい　痛い　しょぼしょぼ　なみだ多い　めやに多い
その他	咳　のどのかゆみ　顔のかゆみ　耳のかゆみ　頭痛　その他（　　）

2.**以前の症状**などに関して記入してください。

花粉症は何年ぐらい前からありますか？　____年前ぐらいから　今年はじめて　わからない
季節はいつごろがひどいですか？　　月から　　月ぐらいの間　１年中鼻炎症状ある
花粉症の検査をしたことがありますか？　　ある　　ない
　ある場合→何のアレルギーがありましたか？
　　スギ、ヒノキ、カモガヤ、ブタクサ、ハウスダスト、ダニ、その他（　　）
　ない場合→検査（採血）を希望されますか？　　はい　　いいえ
花粉症の治療をしたことがありますか？　　ある　　ない
　ある場合→調子のよかった薬がありましたら記入してください。
　　薬の種類（内服、点鼻、点眼、　　）薬の名前（　　）

3.花粉症の治療薬に関して御希望があれば記入して下さい。

飲み薬	眠気のない薬がよい　多少眠気があってもよく効くすぐに効く薬がよい 1日　（1回　2回　3回）の薬がよい　漢方薬を試してみたい　飲みたくない
点鼻薬	使用したい　使用したくない
点眼薬	使用したい　使用したくない
その他	

4.今までに飲み薬や注射・麻酔で具合が悪くなったことがありますか？
　ない　ある→　　どんな薬ですか？

5.現在、他の病気で通院していますか？
　いいえ　はい→　　どんな病気ですか？
　　どんな薬をのんでいますか？

7.女性の方にうかがいます
　妊娠していますか？　いいえ　わからない　はい　　授乳中ですか？ いいえ　はい

8.成人の方にうかがいます
　タバコをすいますか？　　いいえ　はい→　　1日　　本　　年間
　お酒をのみますか？　　いいえ　はい→　　1日　　合　　年間
　自動車の運転や危険な機械作業などを行いますか？　いいえ　はい→　　毎日　時々