

花粉症の問診票

氏名		記入日	平成	年	月	日
----	--	-----	----	---	---	---

※小学生以下の方は、体重をご記入ください→体重()kg

1	どのような症状がありますか？ 鼻水 鼻づまり くしゃみ せき 頭痛 眼のかゆみ 充血 涙が出る まぶたの腫れ イライラする だるい その他()
2	上記の症状で、一番つらいものは何ですか？
3	これまで花粉症の治療として、使ったことのあるお薬についてお伺いします。 効果があったものに「◎」効果がいまひとつだったものに「△」をつけてください。
内服薬	→ クラリチン アレグラ アレロック ジルテック エバステル アレジオン ザジデン シングレア オノン セレスタミン ザイザル タリオン アイピーディー その他()
点眼薬	→ インタール点眼 リボスチン点眼 パタノール点眼 フルメロン点眼 その他()
点鼻薬	→ インタール点鼻 フルナーゼ点鼻 ナゾネックス点鼻 アラミスト点鼻 その他()
4	これまでのお薬で、不十分だったりした点があれば教えてください。
5	体調に関して気になるものが下記の中でございましたら○をつけてください。 咳が止まらない 鼻水が止まらない 頭痛 だるい いびきが大きい 食欲がない 胃の調子が悪い 下痢がち お腹が張る 便秘がち よく眠れない 胸が重苦しい 血圧が高い 血糖が高い コレステロールが高い その他()
6	おがたファミリークリニックを選んでいただいた理由に○をつけてください。(複数回答可) 家族や知人の紹介 他の医療機関からの紹介 インターネットの口コミを見た タウンページで調べた 電柱看板を見た ホームページを見た 家・職場から近いから その他()

※記入が終わりましたらスタッフにお渡しください。



おがたファミリークリニック



名古屋市守山区緑ヶ丘107
おがたファミリークリニック
052-768-6093