

## 花粉症用問診表

1) 花粉症の症状は何年ぐらい前からですか？

\_\_\_\_\_ 年前から

2) どんな症状ですか？

眼の症状: かゆみ、充血、眼の周りのはれ、白目の部分がはれる

鼻の症状: かゆみ、鼻水、鼻づまり、鼻が痛い

のどの症状: のどのかゆみ、痛み、違和感、咳

3) 症状は何月から何月頃までですか？

\_\_\_\_\_月の(上旬、中旬、下旬) から \_\_\_\_\_月の(上旬、中旬、下旬) まで

それ以外の時期にも起こる場合は、下に記入して下さい。

\_\_\_\_\_月の(上旬、中旬、下旬) から \_\_\_\_\_月の(上旬、中旬、下旬) まで

4) 今までにどんな治療をしましたか？(わかるものに○をつけて下さい)

飲み薬(抗ヒスタミン剤、抗アレルギー剤、ステロイド剤)

点鼻薬(抗アレルギー剤、ステロイド剤、血管収縮剤)

点眼薬(抗アレルギー剤、ステロイド剤)

減感作療法、非特異的減感作療法、

ステロイド剤の注射

その他の治療( \_\_\_\_\_ )

5) 今までにアレルギーの検査をしたことがありますか？

1: したことがある

検査結果について書いて下さい。

\_\_\_\_\_

2: したことがない

検査を希望しますか？ (する、しない)

6) 家族や親戚に花粉症、アトピー性皮膚炎、気管支喘息の方はいますか？

(いる場合には、簡単に関係を書いて下さい 例: 母方叔母 喘息)

4) 薬のアレルギーはありますか？(ある場合は薬の名前を書いて下さい)

ある( \_\_\_\_\_ )、ない

8) 家にペットはいますか？

(いる場合は、具体的に書いて下さい)