アレルギー性』	^鼻 炎(花粉症)問診表	
ふりがな	生年月日	
お名前	大正・昭和・平成年	月
	日	
	(歳) 体重(45kg 以下)	kg
住所		
電話番号	携帯電話	
. 困っている症状に○、特に困っている症状に◎をつくしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみその他()]答
症状はいつからですか? <u></u> 且前ごろから		
今年はまだ出ていない((例年 月~ 月頃出る)	
. 原因としてわかっているものがあれば、○をつけて スギ カモガヤ ヒノキ ブタクサ ヨモ その他(
点鼻薬は症状が出ている期間中に続けて使うこと 点鼻薬 を希望されますか? 希	で効果が得られる薬です。 望する 希望しない 医師の判断に任せる	
目薬 は希望されますか?	望する 希望しない	
. ご希望の薬があれば、薬の名前をお書きください。	以前処方された薬を希望される方は○をしてく	ださ
以前·去年の薬を希望 それ以外薬を希望	薬の名前: /希	望
. 今まで使った薬の中で、副作用があったり効果が 薬の名前(不十分だったものがあれば、薬の名前をお書き)	くた
. 現在内服中の薬があれば教えてください。 薬の名前()	
アレルギーの原因特定の目的の血液検査を希望	されますか? 希望する 希望しない	
舌下免疫療法 を希望しますか? 希 活 下免疫療法は 2014 年(スギ)2015 年(ダニ)保 [
O. (女性の方にお聞きします)現在、 妊娠あるいは	その可能性 探到されていままかり	

11. 当院を何でお知りになりましたか? 近所だから ・ 看板を見て ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ その他