

# 【南流山ファミリー耳鼻咽喉科 花粉症の問診票】

ふりがな	男・女	大 昭 平 令	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
電話 ( )	—	15 歳以下のお子様 (必須)		
携帯 —	—		体重	Kg

困っている症状に ☑をつけて下さい (複数回答可)	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ
ご希望の薬のタイプを 選んで下さい☑	<input type="checkbox"/> 眠気の少ない薬(運転される方、試験を控えてる方向け) <input type="checkbox"/> 眠気のやや強い薬(症状がひどい方向け)
ご希望の薬があれば 薬名をお書きください	なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名( )
今まで効果が不十分 だった薬があれば 薬名をお書きください	なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名( )
目薬は希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(コンタクトレンズの使用 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない)
点鼻薬について あてはまるものに ☑をつけて下さい	点鼻薬は内服薬で効果が乏しい場合や重症の場合、事情があり内服できない時に用います <input type="checkbox"/> 点鼻薬を希望しない <input type="checkbox"/> 液体タイプ(使用感は強いが、液垂れがある)を希望する <input type="checkbox"/> 粉のタイプ(刺激感が少なく、液垂れしない)を希望する
アレルギーの検査を 希望されますか？ (5 歳以上)	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (3 割負担の方：検査代約 5,000 円 小児：受給券をお持ちの方はその範囲になります)
現在、他の病気で飲んで いる薬があれば薬名を お書きください (必須)	なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名( )
右記の病気の既往歴は ありますか？ (必須)	なければ「なし」に☑をつけてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症
アレルギーをおこす物は ありますか？ (必須)	※お薬(☐ない ☐ある ) → (薬名 ) ※食べ物(☐ない ☐ある ) → (食べ物 )
女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 妊娠中(    ヶ月目) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 不妊治療中

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。