

## 【アレルギー性鼻炎（花粉症） 問診票】

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_（男・女）      年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 一年中または特定の季節になると、くしゃみ、鼻水、鼻づまりの症状が出ますか？

はい     いいえ

2. 初めて症状が出るようになったのはいつ頃ですか？

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月頃

3. 症状がひどくなる時期を教えてください。（該当するものに丸）

時期：  1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月/一年中

4. 症状が悪化する原因と感じるものを教えてください。（複数回答可）

ダニ・ほこり    カビ     花粉     ペット（具体的に： \_\_\_\_\_）  
 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

5. 現在使用されている薬（市販薬も含めて）はありますか？

はい（薬： \_\_\_\_\_）  
 いいえ

6. 今まで下記の病気と言われたことがありますか？

アトピー性皮膚炎    はい     いいえ  
食物アレルギー     はい     いいえ  
気管支ぜん息        はい     いいえ

7. ご家族や親戚の中に下記の病気と言われたことのある方はおられますか？

アトピー性皮膚炎    はい（誰： \_\_\_\_\_）     いいえ  
食物アレルギー     はい（誰： \_\_\_\_\_）     いいえ  
気管支ぜん息        はい（誰： \_\_\_\_\_）     いいえ  
アレルギー性鼻炎（花粉症）    はい（誰： \_\_\_\_\_）     いいえ  
その他のアレルギー（ \_\_\_\_\_ ）    はい（誰： \_\_\_\_\_）     いいえ

過去に行った検査結果をお持ちでしたら、受付にて提出をお願いします