

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

氏名:

①症状

・毎年症状はいつですか？ 年中・季節性【 月（初旬・中旬・下旬）～ 月（初旬・中旬・下旬）】

・いちばん症状がひどい時の1日あたりの症状にそれぞれ○を、特に一番苦しい症状に◎をつけてください

	最重症	重症	中等症	軽症	無症状	一番苦しい 症状
くしゃみ (回数/日)	21回以上	11～20回	6～10回	1～5回	0回	
鼻かみ (回数/日)	21回以上	11～20回	6～10回	1～5回	0回	
鼻づまり	1日中完全に つまってる	非常に強くて 口呼吸がかなりある	強くて 口呼吸が時々ある	少しつまるが 口呼吸はない	なし	
眼の症状はありますか？（ ない ・ ある 【コンタクトしてますか？ はい ・ いいえ 】）						

②今シーズンはどのような治療を受けたいですか？○をつけてください

（ おくすり ・ レーザー ・ 舌下免疫療法 ・ 注射ソレア<モノクローナル抗体注射> ）

③どのようなおくすりを希望されますか？

a.どちらか一方を選択するなら ☐ 効果の高さを特長とした薬 ☐ 眠気の少なさを特長とした薬

b.治療薬の希望はありますか？

☐ 内服() ☐ 点鼻薬() ☐ 点眼薬()

☐ 貼り薬【テープかぶれはありますか？ はい・いいえ】

c.初期療法を希望しますか？（希望する・希望しない）*症状がでるまえに薬を服用する予防治療です

④アレルギーの採血検査をした事がありますか？（ はい 【 年前】・いいえ ）

ペットを飼ってますか？（ はい【 】 ・ いいえ ）

仕事で車を運転しますか？（ はい ・ いいえ ）

⑤日常生活で困っていることを教えてください(複数チェック可)

☐ 症状が辛くて集中できない ☐ 昼間がだるい・疲れやすい

☐ 夜眠れない・途中で起きる ☐ イライラする