アレルギー問診票

氏名　　生年月日　　年　　月　　日

1）今の症状は　⇒　目のかゆみ　鼻汁　鼻づまり　くしゃみ

（その他の症状（ご記入ください））

2）治療（処方）薬をもらったことはありますか

薬名はわかりますか　　分からない

分かる　内服薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

点眼薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

点鼻薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

3）市販薬はのんでいましたか

薬名はわかりますか　　分からない

分かる　内服薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

点眼薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

点鼻薬　⇒ ＿＿＿＿＿＿＿＿

★ 希望される薬についてお聞きします　○を付けて下さい

（　）　効果が優しい薬　眠くならない

（　）　効果が強い薬　　眠くなる可能性がある

（　）　１日１回の服用がいい

（　）　１日２回でも忘れず服用できる（しっかり予防できます）

内服薬　⇒　希望する　　しない

点眼薬　⇒　希望する　　しない

点鼻薬　⇒　希望する　　しない

★ アレルギー検査をしたことがありますか　　はい　　いいえ

はいの方　⇒　いつ頃ですか　　平成　　年頃　又は　　年前

項目は分かりますか ＿＿＿＿＿＿＿＿

アレルギー検査を希望しますか　　はい

ありがとうございました