

アレルギー問診票

名前		生年月日	
住所		電話番号	
ご自身の症状について、以下のいずれかに必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> アレルギー（花粉症）とわかっているので必要以上には説明を希望しない （希望する薬： _____） <input type="checkbox"/> アレルギーなのか、よく分からないので、診断と説明をして欲しい			
診断の為に必要な情報なのでご記入ください。（全ての項目のいずれかに必ず○をお付けください）			
アレルギーの原因はお分かりですか？ _____ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （はいに○をおつけになった方は該当するものを選択もしくはご記入ください。）			
※当院で過去に検査された方も念のため、ご記入ください。			
スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> イネ科(カモガヤなど) <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
詳しいアレルギー検査を希望されますか？ _____ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
カゼ薬もしくは抗アレルギー剤によって眠くなったことが有りますか？ _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
抗アレルギー剤により眠気が出ることがありますが、 _____ <input type="checkbox"/> 少々眠気が出ても症状をとめたい _____ <input type="checkbox"/> 眠気が出ると困る			
体質を改善する舌下免疫療法にご関心がありますか？ _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
処方のために必要な情報なのでご記入ください。（全ての項目のいずれかに必ず○をお付けください）			
お薬の投与日数についてご希望がある方はお書き下さい。（最終的には医師が判断します。） _____ <input type="checkbox"/> 医師にまかせる <input type="checkbox"/> 7日 <input type="checkbox"/> 14日 <input type="checkbox"/> 21日 <input type="checkbox"/> 28日			
お薬の希望はありますか？ <input type="checkbox"/> 医師にまかせる <input type="checkbox"/> 以前当院で処方を受けたことがある薬が良い 【薬の名前： _____】 <input type="checkbox"/> 以前他の医院で処方を受けたことがある薬が良い 【薬の名前： _____】 <input type="checkbox"/> 当院で処方された薬だが、前回と変更してほしい 【理由： 眠かった ・ 効果が弱かった ・ その他 (_____)】			
薬のタイプについてご要望をお聞かせください。【複数選択可】（最終的には医師が判断します。） <input type="checkbox"/> 医師にまかせる <input type="checkbox"/> 内服薬希望 <input type="checkbox"/> 点鼻希望			
※内服薬のみで効果が乏しい方・重症の方、事情（妊娠/疾患/仕事の都合 etc）により内服ができない方には点鼻薬の使用を当院ではおすすめしております。】			
<input type="checkbox"/> 点眼薬希望 【コンタクトレンズを使用していますか？ _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】			

当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- ① 自宅・職場が近い ② 家族からの紹介 ③ 知人からの紹介 ④ 他の医療機関からの紹介
 ⑤ 看板 ⑥ GoogleMap ⑦ 当院のホームページ ⑧ その他のサイト・ホームページ
 ⑨ その他 (_____)