

アレルギー性鼻炎・花粉症についての問診票

記入日： 年 月 日

お名前： _____

1. 症状が始まったのはいつからですか？

子どものころから ・ () 年前から ・ () ヶ月前から

2. 年間を通して症状は変化しますか？

ア. 1年中同じ イ. 1年中症状があるが症状が強い時期がある ウ. ある時期だけ症状がある

↓

↓

症状が強い時期は？ 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

3. 一番しんどい時の症状について教えてください。

《 》 くしゃみ回数 (連続して起こる場合は1回として)

ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ. 0回

《 》 鼻かみ回数 (連続してかむ回数は1回として)

ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ. 0回

《 》 鼻づまり

ア. 1日中完全につまる イ. 非常に強くて口呼吸をかなりする
ウ. 強くて口呼吸を時々する エ. 少しづつづまるが口呼吸はない オ. ない

↑
症状の強い順番に番号を記入してください (①⇒③)

4. これまでにこれらの症状に対して治療をしたことがありますか？ それほどのような治療ですか？

ア. 治療したことはない

イ. 市販薬を服用

ウ. 医師からの処方薬

薬名がわかれば教えてください ()

効果に満足されましたか？ (はい ・ いいえ)

(理由)

エ. その他の治療 (レーザー等) ()

→ 効果に満足されましたか？ (はい ・ いいえ)

(理由)

5. 今までアレルギー性の病気にかかったことはありますか？

ア. 気管支ぜんそく・咳ぜんそく

イ. アトピー性皮膚炎

ウ. アレルギー性結膜炎

エ. 食物アレルギー

オ. じんましん

カ. 薬のアレルギー

6. 家族の方にアレルギー性の病気の方はいらっしゃいますか？

どなたが () どんな病気 ()

7. 今までにアレルギーの血液検査や皮膚テストをしたことがありますか？ (ある ・ ない)

ある方へ→いつ頃ですか？ () その結果を持っていますか？ (ある ・ ない)

何のアレルギーがありましたか？

スギ・ヒノキ・ハウスダスト・ダニ・ブタクサ・イネ科・食物アレルギー・豚・鶏・その他 ()

8. アレルギー検査 (血液検査) を希望されますか？ (はい ・ いいえ ・ 説明を聞いてから)

(理由)