

## 【 花粉症・アレルギー性鼻炎の問診表 】

☆ 当院では、その治療に格別に力をいれております。○をつけたり、記入したりして、お答え下さい。

氏名： \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ◆いつから花粉症ですか？ \_\_\_\_\_ 年前から 小児期より
- ◆症状がある時期はいかがですか？ \_\_\_\_\_ 年中である ・ 季節性がある（次の質問へ）  
月（初・中旬・末） \_\_\_\_\_ ～ 月（初・中旬・末） 秋は \_\_\_\_\_ ない 9、10、11月
- ◆アレルギーの程度を調べる採血（RAST）をされたことがありますか？ \_\_\_\_\_ ない ・ ある
- ◆当院での検査を希望されますか？ \_\_\_\_\_ しない ・ する
- ◆ハウスダストとダニ、代表的な花粉を五種類以外について調べておきたい項目はありますか？  
犬、ネコ、セキセイインコ、ハムスター、ウサギ、牛乳、卵白・卵黄
  
- ◆鼻水はたくさん出ますか？ \_\_\_\_\_ たくさん・中間・少し・なし
- ◆くしゃみはどうですか？ \_\_\_\_\_ たくさん・中間・少し・なし
- ◆鼻づまりはいかがですか？ \_\_\_\_\_ 一日中・中間・時々・なし
- ◆目のかゆみは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし 目薬の処方の希望 \_\_\_\_\_ なし・ある
- ◆鼻のかゆみは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし 耳のかゆみは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
- ◆喉のかゆみは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし 顔のかゆみは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
- ◆肌の乾燥感はありませんか？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし アトピー性皮膚炎は？ \_\_\_\_\_ なし・ある
- ◆鼻、咽の乾燥感はいかがですか？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
- ◆のどのイガイガは？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
- ◆咽頭痛は？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
- ◆咳は？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし その咳は痰がからみますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ◆日常の支障度はいかがでしょう？ \_\_\_\_\_ とても・中間・少し・なし
  
- ◆今までのお薬を教えてください（点鼻・点眼・内服薬を具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- ◆お薬の眠気で困ったことはありませんか？ \_\_\_\_\_ なし・ある（ 具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- ◆お気に入りの薬はありますか？ \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）

院長は、漢方が得意なことで、全国的に有名です。

- ◆すぐに効く漢方薬を希望されませんか？ \_\_\_\_\_ しない ・ する
- ◆粉末の漢方薬をお飲み頂けますか？ \_\_\_\_\_ 困る \_\_\_\_\_ ・ 大丈夫
- ◆錠剤かカプセルの漢方薬を希望されますか？ \_\_\_\_\_ する \_\_\_\_\_ ・ しない（錠剤の数は気にしない）
- ◆将来、アレルギー体質そのものを改善する漢方薬を希望されますか？ \_\_\_\_\_ する \_\_\_\_\_ ・ しない

**体調についてお伺い致します。**

- ◆冷え症ですか？ ちがう・強い・中間・軽い 身体全体 ・ 手足のみ・ 腰から下
- ◆肩こりはありませんか？ ない ・ ある ( 右 ・ 左 ・ 両方 ) (どちらが強いかというと ) である)
- ◆腰痛は？ なし・少し・中間・ある (病名があれば具体的に：ただの腰痛、脊管狭窄症・椎間板ヘルニア)
- ◆胃が弱くないですか？ 大丈夫・すぐに胃もたれ・焼肉・てんぷらはつらい
- ◆胸焼けはないですか？ なし・ ある (病名： 胃潰瘍・逆流性食道炎・ )
- ◆便秘しませんか？ なし・ 少し・ 中間 ・ ひどい ・ すでに薬を飲んでいる → 効いている いない
- ◆下痢していませんか？ なし・ 少し・ 中間 ・ ひどい
- ◆夜間の排尿の回数は？ ( 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 回 )
  
- ◆ストレスはありますか？ なし・ 少しだけ ・ まあまあ ・ 強い 原因 ( )
- ◆イライラはありませんか？ なし・ 少しだけ ・ まあまあ ・ 強い 原因 ( )
- ◆疲労がたまっていますか？ なし・ 少しだけ ・ まあまあ ・ とても 原因 ( )
- ◆睡眠不足はありませんか？ なし・ 少しだけ ・ まあまあ ・ ひどい 原因 ( )
- ◆不眠症は？ なし ・ ある (内服しているお薬があれば： )
- ◆頭痛は？ なし・ 少しだけ ・ 時々 ・ よくある
- ◆頭重感？ なし・ 少しだけ ・ 時々 ・ よくある
- ◆天気によって体調が悪くなることはありませんか？ なし・ ある (具体的に： 雨・台風・ )

**嗜好品についてお伺いします。**

- ◆甘い物が好きですか？ ( ケーキ・ チョコレート ・ )
- ◆毎日のようにアルコールを摂りますか？ : なし ・ ビール ml ・ 酒・焼酎 合
- ◆たばこ： 吸わない ・ 本/日
- ◆毎日のように牛乳を飲みますか？ 飲まない ・ ml 朝・昼・夜
  
- ◆鼻のレーザー治療を受けたことがありますか？ なし・ ある (時期と医院名：平成 年 ) (にて)
- ◆症状がきついで、レーザーなどの下鼻甲介焼灼術を希望されますか？ する・しない・漢方で回避を希望

ご協力有難うございました。

他にもご希望があれば、以下の余白にお書き下さい。(妊娠希望のことなど何でも結構です。)