花粉症と思われる方の問診表

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在のくしゃみの回数は1日にどのくらいですか？

☐ 0～5回　　☐ 6～10回　　☐ 11回以上

現在の鼻づまりの程度は？

☐ なし
☐ 鼻づまり少し、口で呼吸する事はあまりない
☐ 鼻づまり強めで、時々口で呼吸する事がある
☐ 鼻づまりとても強く、いつも口で呼吸している

コンタクトはしますか？

☐ はい
☐ いいえ

眼圧が高いと言われたことはありますか？

☐ はい
☐ いいえ

目のかゆみについて

☐ なし
☐ たまに目がかゆい
☐ 目をこするほどではないが、かゆみは強い
☐ 目をこするほどかゆみが強い

車の運転について

☐ 毎日運転する
☐ 休日のみ運転する
☐ 運転はしない

薬に対する希望

☐ 先発品を希望する
☐ ジェネリック（後発品）を希望する
☐ おまかせする

① 下記より選択して下さい

1 ☐ 絶対に眠気の出ない薬でゆっくり効果を出したい
2 ☐ 1と3の間を希望する
3 ☐ ある程度の眠気なら良い、比較的早めに効果を出したい
4 ☐ 3と5の間を希望する
5 ☐ 眠気が出ても良い、とにかく早く効果を出したい

② 以前に使用経験のある薬を希望される方は、下記にご記入下さい。最終的に医師が、
診療後判断し、薬剤を決定します。

☐ 内服（　　× ☐2　☐4　　週間分）
※症状の変化が予想される方、使用経験の少ない方は医師の判断で投与期間を指定する場合があります
☐ 点鼻薬　（　　×　　本）　（　　×　　本）
☐ 点眼薬　（　　×　　本）　（　　×　　本）
☐ 屯服（症状のひどい時の薬）　（　　）