

アレルギー性鼻炎・花粉症問診票

氏名 _____ 性別（男、女）（ ）歳

1. 現在の症状について教えてください

①くしゃみ回数（連続して起こる場合は1回として。1日での大体の回数。）
（ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ. 0回）

②鼻かみ回数（連続してかむ回数は1回として。1日での大体の回数。）
（ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ. 0回）

③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. 少しづまるが口呼吸はない オ. ない）

④目のかゆみ
（ア. ある イ. ない）

⑤鼻水の性状
（透明 白 黄色 緑）

2. 症状の始まったのはいつからですか

（ 年前 カ月前 週間前 日前）

3. 年間を通して症状は変化しますか

（ア. 1年中同じ イ. 1年中あるが季節で変化する ウ. ある季節だけ症状が出る）

4. 3でイと答えた方にお尋ねします。症状が悪化する月に○をつけてください
（1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月）

5. 3でウと答えた方にお尋ねします。症状が現れる月に○をつけてください
（1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月）

6. これまでにこれらの症状に対して治療を受けたことはありますか
（ア. ない イ. 市販薬 ウ. 医療機関）
期間は（ ）

7. 以前に治療されたときの薬の名前がわかれば記入してください
（ ）

8. その薬には満足しましたか（ア. はい イ. いいえ）

9. かぜ薬をのんで眠くなったことはありますか
（ア. ある イ. ない）

10. アレルギー検査を希望しますか
（ア. はい イ. いいえ）

11. 今までアレルギー性の病気にかかったことがありますか
（ア. 気管支喘息 イ. アトピー性皮膚炎 ウ. じんましん エ. 薬のアレルギー）