

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. 少しつまるが口呼吸はない オ. ない}

④目のかゆみ

{ア. ある イ. ない}

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}