

# 花粉症の問診票

# お名前

---

<1>困っている症状はどれですか？ 困っている症状に☑を付けて下さい。

- くしゃみ       鼻水       鼻づまり       目のかゆみ

<2>希望される飲み薬のタイプを教えてください。具体名がある場合は下記にお書き下さい。

- 飲み薬を希望しない  
 眠気のない飲み薬      (運転される方など)  
 眠気の可能性が少ない飲み薬  
 眠気の副作用があっても、切れ味の良い飲み薬      (症状がひどい方)
- 具体名、ご希望のお薬(下記に記載して下さい)

<3>点鼻薬は希望されますか？       はい       いいえ

<4>点眼薬は希望されますか？       はい       いいえ

<5>アレルギーの検査を希望されますか？

- 希望しない
- 希望する (3割負担の方検査代約5000円 小児：受給券をお持ちの方はその範囲になります)
- 他院で既に行っている →陽性の項目を下記にお書き下さい。

<6>その他気になることがありましたらお気軽に下記にお書き下さい。