

お名前	(男・女)	
生年月日	西暦	年 月 日 (才)
以下の質問について一番困っている症状に◎をおつけください。 当てはまるものを選んで番号に○をおつけください。 また、症状が感じ始めた時期を()内にお書きください。		
1. 黄色鼻水 ・ ネバネバ鼻水 ・ 水っぽい鼻水	()	()
2. 鼻づまり	()	()
3. くしゃみ	()	()
4. 目のかゆみ	()	()
5. せき	()	()
6. 倦怠感	()	()
7. 眠気	()	()
8. のどのかゆみ	()	()
症状のある期間は? ()月～()月 ・()月～()月 もしくは 一年中		
これまでにアレルギー治療を受けたことがある方のみご記入ください。		
①直近ではいつ頃治療を受けましたか? ()年()月		
②どちらで ・当院 ・他の耳鼻咽喉科 ・内科 ・小児科 ・その他()		
③どのような治療を受けられましたか?		
・内服薬 (病院で処方 市販) ・点鼻薬 (病院で処方 市販) ・点眼薬 (病院で処方 市販)		
・漢方薬 (病院で処方 市販) ・免疫療法 (注射 舌下) ・レーザー治療 ・その他()		
④その満足度は ・よかった ・まあまあ ・よくなかった		
⑤薬のご希望がある方は薬名をお書きください ()		
⑥お薬の投与日数についてご希望がある方はお書き下さい。(最終的には医師が判断します。)		
・医師にまかせる ・4日 ・7日 ・14日 ・28日 ・30日		
下記は全ての方がご記入ください。		
アレルギーの原因はお分かりですか ・はい ・いいえ		
原因がわからない方は、検査を希望されますか? ・はい ・いいえ		
ご自身の症状について…		
・アレルギー (花粉症) だと分かっているので早く診察して欲しい。治療方針も自分で決めている。		
・アレルギー (花粉症) だと分かっているが当院の治療について説明をして欲しい。		
・アレルギー (花粉症) なのかよく分からないので、診断と説明をして欲しい。		
カゼ薬で眠くなったことが有りますか? ・有 ・無		
抗アレルギー薬により眠気が出ることはありますか? ・有 ・無		
自動車・単車の運転をしますか? ・する ・しない		
内服薬を希望されますか?	・希望する	・希望しない
点鼻薬を希望されますか?	・希望する	・希望しない
点眼薬を希望されますか?	・希望する	・希望しない
体質を改善する免疫療法にご関心がありますか?		
・免疫療法 (注射) に関して	・興味がある	・興味がない
・舌下免疫療法 (内服) に関して	・興味がある	・興味がない