

ふりがな	
名前	男・女
住所	〒
電話番号	

☆問診票

1、今日はどのような症状で受診されましたか。

2、その症状は、いつごろからありますか。()

3、その症状で、他の病院を受診したことがありますか。

あり(いつごろ:) ・ なし

4、今までにかかった病気はありますか。

肝炎 糖尿病 高血圧 喘息 緑内障 その他()

5、現在飲んでいる薬はありますか。下記に薬名をご記入下さい。

6、今までに薬の副作用はありましたか。

あり(薬名:) ・ なし

7、10歳以下のお子様へ

体重(Kg)

8、女性の方へ

妊娠している(妊娠 週) ・ 授乳している ・ していない

☆花粉症・アレルギー性鼻炎で来院された方へ

1、ピーク時の症状について

1日に10回以上鼻をかむ 鼻がつまって夜眠れない
 喉が痛い 咳がひどい 眼のかゆみがひどい 頭痛がひどい

2、アレルギーの原因物質の検査をしたことがある方へ、陽性になった物質に○をして下さい。

スギ ハウスダスト ダニ ブタクサ カモガヤ カビ その他()

3、今回欲しい薬

内服() 点鼻薬()
 点眼薬() コンタクト用点眼薬()
 痛み止め()

4、アレルギー薬で副作用がありましたか。

眠気・だるさ 胃腸障害 その他()
薬品名()

5、車の運転 する しない

6、アレルギーのレーザー治療に興味がありますか。 ある ない わからない

7、ご来院のきっかけは何ですか。

恵比寿に勤務 近所に住んでいる 知人の紹介 インターネット検索 電柱広告
駅広告 バス広告 その他()

ご協力ありがとうございました。 **えびす耳鼻咽喉科**