



アレルギー性鼻炎・花粉症

円滑な診療を行うため、お手数ですがご記入をお願いいたします。

記入日 年 月 日

ふりがな お子さまの名前		男・女	生年 月日	平成 (年 月 日 歳 ヶ月)
-----------------	--	-----	----------	------------------------

- いつから鼻症状が出ましたか？また、その時期は、いつ頃でしたか？
 ____歳____か月頃から 春 夏 秋 冬 季節の変わり目 その他()
- どのような症状がありますか？（複数回答可）
鼻水 くしゃみ 鼻づまり 鼻血
眼のかゆみ のどが痛い・かゆい 耳がかゆい 咳がよく出る
その他()
- どの症状が一番苦痛を感じますか？
鼻水 くしゃみ 鼻づまり 鼻血 眼のかゆみ のどが痛い・かゆい
耳がかゆい 咳がよく出る その他()
- アレルギーの原因は？
わからない わかる（原因：)
- それは、どのように確認されましたか？
検査はしていない 血液検査（検査した時期は？ 歳 ヶ月頃）
皮膚検査（ブリック検査・スクラッチ検査） 誘発検査
その他()
- 現在の治療についてお聞きます
内服薬（薬の名前)
点鼻薬（薬の名前)
アレルギー免疫療法（薬の名前)
その他の治療:()

眼の症状についてお聞きます。

- いつから眼の症状が出ましたか？また、その時期は、いつ頃でしたか？
 ____歳____か月頃から 春 夏 秋 冬 季節の変わり目 その他()
- どのような症状がありますか？（複数回答可）
眼のかゆみ 眼の充血 眼脂（めやに） 流涙（なみだ）
- アレルギーの原因は？
わからない わかる（原因：)
- それは、どのように確認されましたか？
検査はしていない 血液検査（検査した時期は？ 歳 ヶ月頃）
皮膚検査（ブリック検査・スクラッチ検査）
- 現在の治療についてお聞きます
内服薬（薬の名前)
点眼薬（薬の名前)
アレルギー免疫療法（薬の名前)
その他の治療:()

