

天神 西村クリニック 問診票

(受診日 月) (体重 kg) (体温 °C)

お名前	よみかた
生年月日 大正/昭和/平成/令和	年 月 日 性別 男・女
ご住所 〒	(長岡京市/向日市/大山崎町/京都市)
電話番号 () -	携帯

◎本日はどうされましたか？

かぜ 鼻アレルギー/花粉症 めまい 補聴器相談(聞こえの検査)
 みみ () はな()
 のど () その他()

◎以下で当てはまる項目・病気があれば○をつけてください → なし

妊娠中、授乳中、ぜんそく、高血圧、前立腺肥大、高脂血症
 けいれん(熱性けいれん含む)を起こしたことがある、(最終 歳ごろ)
 糖尿病 胃/十二指腸かいよう、緑内障、結核、肝炎

◎上記の病気を含め、他院で治療中の病気を記入して下さい → なし

(どこで)
 (どのような治療/投薬ですか?)

◎お薬や食べ物でアレルギーを起こしたのがありますか? → なし

(ある→何が原因で、どんな症状がありましたか?)
 ()

◎当院をどのようにお知りになりましたか? (一つだけ○をつけてください)

- ①家族・知人から聞いて ②インターネット検索
 ③他院(病院・診療所)からすすめられた(→どちらですか?)
 ④以前から知っていた 通りすがりに知った ⑤その他()

* その他 あらかじめ医師に伝えておきたいことがあればお書きください

●アレルギー性鼻炎(花粉症を含む)の治療目的で受診された方は、次の質問にもお答えください(鼻炎もちでも今の症状と関係なければ記入不要)

- ・ 最もお困りの症状は何ですか? (一つだけ○をつけてください)
 (くしゃみ、はなみず、はなづまり、眼のかゆみ)
- ・ 今まで治療を受けたことがある方は、薬品名や内容をお書きください
 ()
- ・ ご希望は→(同じ処方希望する/違う薬をためしてみたい)

◎以下で、当てはまる項目に○をつけてください(いくつでも)

- ① 点眼薬(めぐすり)も希望→コンタクトレンズを(使っている/使っていない)
- ② どちらを重視していますか? →(眠気が少ない/効き目が強い)
- ③ 1日1回の内服薬を希望する(1日2回は飲めない)
- ④ 処方薬はすべて先発品で希望する(院外処方となる場合があります)
- ⑤ 鼻呼吸や睡眠に支障をきたすほどの鼻閉(鼻づまり)がある
- ⑥ 点鼻薬(スプレー)はできれば使いたくない
- ⑦ 市販のかぜ薬でよく眠気を生じることがある
- ⑧ 血液検査でアレルギー性鼻炎の原因を調べて欲しい

★アレルギー性鼻炎の血液検査では、ハウスダスト、ダニ、カビ、イヌ、ネコ、スキ、ヒノキ、カモガヤ、ブタクサの9種類を調べて3割負担の方で約5000円です

12歳までなら自治体の助成により安価(200~1500円)で検査可能です

★点鼻薬には液だれしないパウダータイプもあります。ご相談ください

★スキ花粉またはダニによるアレルギー性鼻炎に対する舌下免疫治療や、日帰りレーザー治療(火曜・金曜 2:30pmより予約制)も行っております。

詳しくはホームページをごらんになるか、ご相談ください