

花粉症問診票

1)いつから花粉症ですか？

()年くらい前から 小児期より 分からない

2)症状がある時期はいつですか？

()月～()月

3)花粉症で当てはまる症状を選んでください

くしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみ のどのかゆみ その他()

4)点眼薬を希望されますか？

希望する(本) 希望する(できる限り多めに)
 希望しない 使ったことがないので分からない

5)花粉症(アレルギー性鼻炎)の原因としてわかっているものがありますか？

わからない スギ ヒノキ イネ ブタクサ ヨモギ ダニ
 ハウスダスト その他()

6)花粉症(アレルギー性鼻炎)の原因の詳しい検査(血液検査)を希望されますか？

いいえ はい

7)花粉症(アレルギー性鼻炎)で今までに薬を使ったことがありますか？

いいえ はい(お薬名をご記入ください:)

8)花粉症の薬で眠気がでたことがありますか？

いいえ はい

(はいの方のみ)

9)多少眠気があっても強めの薬を希望しますか、それとも眠気のない薬を希望しますか

強めの薬を希望 眠気のない薬を希望

10)本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

()

※ご協力ありがとうございました。

本問診の雛形は、メルプWEB問診により提供されています。
【メルプWEB問診】で検索！ <https://monshin.melp.life/>

1問診あたりの時間を1/30に削減！

現在、無料体験を実施しています。

メルプにご興味のある方は、
こちらからお問い合わせください。

電話:050-1751-1307

E-mail: support@flixy.co

