

アレルギー性鼻炎・花粉症についての問診票

記入日：平成 年 月 日

お名前： _____

1. 症状が始まったのはいつからですか？

【子どものころから ・ () 年前から ・ () ヶ月前から】

2. 年間を通して症状は変化しますか？

ア. 1年中同じ

イ. 1年中あるが季節で変化する→**症状が強い時期を教えてください**

【 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬 】

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 】

ウ. ある季節だけ症状がでる

【 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬 】

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 】

3. 一番しんどい時の症状について教えてください。

① くしゃみ回数 (連続して起こる場合は1回として)

【ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ.0回 】

② 鼻かみ回数 (連続してかむ回数は1回として)

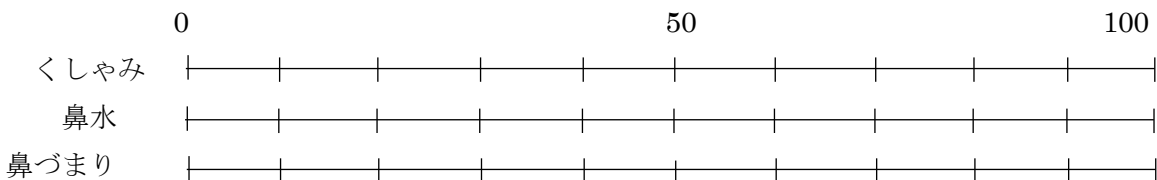
【ア. 21回以上 イ. 11~20回 ウ. 6~10回 エ. 1~5回 オ.0回 】

③ 鼻づまり

【ア. 1日中完全に詰まる イ. 非常に強くて口呼吸をかなりする

ウ. 強くて口呼吸を時々する エ. 少し詰まるが口呼吸はない オ. ない 】

4. 一番しんどい時を100とすると現在の症状はどれぐらいですか？



5. これまでにこれらの症状に対して治療をしたことがありますか？ それほどのような治療ですか？

ア. 治療したことはない

イ. 市販薬・医師からの処方薬→**薬名がわかれば教えてください** ()

→**効果に満足されましたか？** (はい ・ いいえ 理由) ()

ウ. その他の治療 (レーザー等) ()

→**効果に満足されましたか？** (はい ・ いいえ 理由) ()

6. 今までアレルギー性の病気にかかったことはありますか？

【ア. 気管支ぜんそく・咳ぜんそく イ. アトピー性皮膚炎 ウ. アレルギー性結膜炎

エ. 食物アレルギー オ. じんましん カ. 薬のアレルギー 】

7. 家族の方にアレルギー性の病気の方はいらっしゃいますか？

どなたが () どんな病気 ()

8. 今までにアレルギーの血液検査や皮膚テストをしたことがありますか？ (ある ・ ない)

ある方へ→いつ頃ですか？ () **その結果を持っていますか？** (ある ・ ない)

9. 今後アレルギー検査を希望されますか？ (はい ・ いいえ)