（アレルギー性鼻炎、問診票）

年　　月　　日

氏名　　年齢　　才　性別　男・女

1.　現在の症状について（1 日あたり）

①くしゃみの回数は（連続して起こる場合は 1 回として）

21 回以上　　11～20 回　　6～10 回　　1～5 回　　0 回

②鼻かみ回数は

21 回以上　　11～20 回　　6～10 回　　1～5 回　　0 回

③鼻づまり

1 日中完全につまる　　非常に強くて口呼吸をかなりする

強くて口呼吸を時々する　　つまるが口呼吸はない　　ない

2.　これまでにこれらの症状に対して治療を受けたことはありますか。

ない　市販薬使用　医療機関　　期間・薬は（　　）

3.　年間を通して症状は変化しますか。

1 年中同じ　　1 年中あるが季節で変化する（　　月頃）

ある季節だけ出る（　　月頃）

4.　症状の始まったのは何歳からですか　　（　　歳）

5.　今までアレルギー性の病気にかかった事はありますか。

気管支喘息　　アトピー性皮膚炎　　じんましん　薬のアレルギー

6.　かぜ薬を飲んで眠たくなったことはありますか。　ある　　ない

7.　何のアレルギーか検査をしたことはありますか。ある（　　）ない

8.　舌下免疫療法をご希望されますか。　はい　いいえ　わからない