

宝クリニック耳鼻咽喉科

(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がありますか。

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