

## 花粉症問診票（新患用）

ふりがな			〒
氏名		男 女	住所
大正 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）			日中の連絡先（TEL）
身長	c m	体重	

あてはまる項目に○をつけてください

- I. **症状**
- 水様性の鼻水                  粘稠な鼻水                  鼻づまり                  くしゃみ
- 目のかゆみ                  せき                  その他（                  ）
- II. **いつから** 症状がありますか                  今年から                  （                  ）年前から
- III. **何月頃** に症状がでますか
- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    11    12月
- IV. **今までにかかったことのある病気**はありますか
- 喘息    胃・十二指腸潰瘍    糖尿病    高血圧    心臓疾患    肝臓疾患
- 腎臓疾患    緑内障    前立腺肥大    けいれん    その他（                  ）
- V. 今までに**アレルギー（じんま疹や喘息発作など）**がありましたか？
- ない    ある（ある場合は出来るだけ詳しく書いてください）
- 薬（                  ）
- 食べ物    卵    牛乳    その他（                  ）
- その他（                  ）
- VI. **現在内服中または過去1か月以内に服用していた薬**があれば書いてください。
- （                  ）
- VII. **感冒薬や抗アレルギー剤で眠気**がでますか？                  （出る                  出ない）
- IX. 何に対してアレルギーがあるか調べる **血液検査**を希望されますか
- 小さなお子さんで動いてしまう場合はできません）
- （ する                  しない ）
- XI. **希望される薬**についてお聞きします（希望する薬があれば書いてください）
- 飲み薬（                  ）点鼻薬（                  ）点眼薬（                  ）
- 飲み薬希望の方へ、最優先事項 はどれですか？（一つだけ選択してください）
1. 効果が強い                  2. 眠気が少ない                  3. その他（                  ）
- X. **女性の方**にお聞きします
- 妊娠                  （していない                  している                  可能性がある）
- 授乳                  （していない                  している）
- XI. **マイナ保険証による診療情報取得に同意**されましたか                  （はい                  いいえ）

→裏面にもあります

VIII. 診療明細書発行について（点数など細かい内容が記載されているもの）  
（希望しない      希望する）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報取得加算の算定医療機関です。  
正確な情報・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

ご協力ありがとうございました