

小児科問診表（鼻炎結膜炎）記載日： 年 月 日 ID: _____

カナ氏名： _____（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

通年性アレルギー性鼻炎の方は1枚目を、スギ花粉症の方は2枚目を書いてください
両方ある方は、1枚目・2枚目どちらも書いてください

★通年性アレルギー性鼻炎について質問します

1. 当てはまる症状すべてにチェックしてください

鼻水 くしゃみ 鼻づまり 目のかゆみ

2. 1. の症状で最もつらい症状はどの症状ですか。

鼻水 くしゃみ 鼻づまり 目のかゆみ

3. 通年性アレルギー性鼻炎になったので何歳ごろですか？（_____）歳

4. 鼻炎が悪化する時期を選んでください。

春 夏 秋 冬 一年中 特にひどくなる月（_____）月

5. 通年性アレルギー性鼻炎の症状であてはまるものすべてにチェックをして下さい。

よく眠れない 日常生活、スポーツ、レジャーで困る
 職場や学校で症状がでる わずらわしい症状がある

6. 鼻洗器（鼻うがい）について 持っている 知っているが持ってない 知らない

7. 現在、お使いのお薬について記載してください（なければ空欄）

内服薬：商品名（_____）

点鼻薬：商品名（_____）

点眼薬：商品名（_____）

8. ダニアレルギーに対するアレルゲン舌下免疫療法に興味はありますか？

ある なし 現在受けている

9. ダニアレルギーに対するアレルゲン皮下注射免疫療法に興味はありますか？

ある なし 現在受けている

小児科問診表（鼻炎結膜炎）記載日： 年 月 日 ID: _____

カナ氏名： _____（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

★スギ花粉症について質問します

1. 当てはまる症状すべてにチェックしてください

鼻水 くしゃみ 鼻づまり 目のかゆみ

2. 症状で最もつらいのは、どの症状ですか。

鼻水 くしゃみ 鼻づまり 目のかゆみ

3. 何歳ごろから花粉症になりましたか？（_____）歳

4. スギ花粉症シーズンにあてはまる症状すべてにチェックをして下さい。

よく眠れない 日常生活、スポーツ、レジャーで困る

職場や学校で症状がでる わずらわしい症状がある

5. 鼻洗器（鼻うがい）について 持っている 知っているが持ってない 知らない

6. スギ花粉症のシーズンで使った薬をすべて書いてください

のみ薬：

点鼻：

目薬：

7. スギ花粉症に対するアレルギー舌下免疫療法に興味はありますか？

ある なし 現在受けている途中

8. スギ花粉症に対するアレルギー皮下注射免疫療法に興味はありますか？

ある なし 現在受けている途中