

# 花粉症で受診される方へ

平成 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日	大・昭・平
氏名				年 月 日 ( 才 )
初診の方のみ御記入お願いします				
住所				
〒				
	電話 ( )	—	携帯 ( )	—
職業		勤務先	電話 ( ) —	
体重	Kg (お子様は必ず御記入お願いします。)			

1. 何年前から花粉症ですか？

2. アレルギー検査をした事がありますか？

・ある→スギ・ヒノキ・その他( )

・ない

3. 現在使用している内服薬はありますか？

・あ る ( )

・な い

4. ご希望のお薬があれば記入ください。

・内服薬( )

・点眼薬( )

・点鼻薬( )

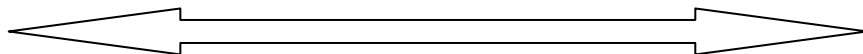
5. 症状

・鼻汁 (ある・なし)      ・鼻づまり (ある・なし)

・目のかゆみ(ある・なし)      ・その他( )

6. 薬の効果に望むもの( ↓で示してください )

眠気がない



効果が強い

7. コンタクトレンズは使用していますか？( している・していない )

8. 女性の方へ

・ 現在妊娠されていますか？ ( はい ・ いいえ )

・ 現在授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

・ 最終の生理は ( 月 日から 日間 )

ご協力ありがとうございました。

～あなたの身近なかかりつけ～ たかぎクリニック