

アレルギー性鼻炎・結膜炎についての問診票（初回受診時）

氏名 _____ 年齢 _____

1.アレルギー性鼻炎・結膜炎の症状はいつからですか。 回答) _____

2.症状が一番ひどい時期のアレルギー症状について教えてください。

①それはいつの時期ですか。該当する時期を○で囲んで下さい。

回答) 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬 ・ 一年中

②以下のそれぞれの項目について、0～4を○で囲んで下さい。

症状					
水っぱな	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
くしゃみ	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
鼻づまり	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
鼻のかゆみ	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
目のかゆみ	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
涙目	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い

3.症状のために、日常生活に支障がなかったか教えてください。

「日常生活に全く支障がない」場合を0、「日常生活にきわめて支障がありつらい」場合を10とすると、一番症状がひどかったシーズンの状態はいくつくらいに相当しますか。

回答) _____

4.アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症含む）の治療をしたことがありますか。

回答) ある ・ ない

5.あると答えた場合、どんな治療ですか？

内服薬がある場合には薬剤名を教えてください。

(_____)

6.現在内服中の薬があれば教えてください。

(_____)

7.以下の疾患をお持ちですか？

当てはまるものを○で囲んで下さい。

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 薬剤アレルギー ・ いずれもない

8.免疫不全と診断されたことはありますか。 ある ・ ない