

診察券番号	生年月日	体重※15歳未満のみ	フリガナ	性別
	年 月 日	kg	氏名	男・女
住所			電話番号	
〒				

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	はい・いいえ 医療機関名 ()			
困っている症状	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> のどのかゆみ <input type="checkbox"/> その他 ()			
症状の出現時期	<input type="checkbox"/> 1年を通じて <input type="checkbox"/> 特に悪い月がある (月～ 月)			
原因としてわかっているものがあれば教えてください	<input type="checkbox"/> スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> カモガヤ <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> ヨモギ <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 → アレルギーマーカーの採血を希望しますか？ はい・いいえ			
薬について	<input type="checkbox"/> 以前の薬を希望 ()			
	<input type="checkbox"/> 希望の薬 ()			
	<input type="checkbox"/> 希望は特になし ※希望なしの場合は剤型と服薬回数など希望を伺っています。			
	希望の剤型	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 先生に任せる		
	希望の服薬回数	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回		
希望の種類	<input type="checkbox"/> 眠気の少ない薬 <input type="checkbox"/> 効果の強い薬 <input type="checkbox"/> その中間くらいの薬			
過去の治療薬で効果が不十分であったものがあれば教えてください				
症状に応じて、点眼薬、点鼻薬の処方と漢方薬を併用していますが希望しますか	点鼻薬	<input type="checkbox"/> 希望あり () <input type="checkbox"/> 希望なし		
	点眼薬	<input type="checkbox"/> 希望あり () <input type="checkbox"/> 希望なし		
	漢方薬	<input type="checkbox"/> 希望あり () <input type="checkbox"/> 希望なし		
治療について	舌下免疫療法	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい		
	抗IgE抗体療法 (ゾレア皮下注)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい		
※注射治療前に最低1週間の投薬治療とIgE濃度の採血が必要となります。採血の結果によっては受けることができない可能性があります。患者様の体重、IgE値によって注射薬を個別注文しますので初回の受診での実施は当院ではお受けできません。				
例年症状がひどいときの1日当たりの症状を教えてください	くしゃみの回数/日	<input type="checkbox"/> 5回未満 <input type="checkbox"/> 6～10回 <input type="checkbox"/> 11～20回 <input type="checkbox"/> 21回以上		
	鼻をかむ回数/日	<input type="checkbox"/> 5回未満 <input type="checkbox"/> 6～10回 <input type="checkbox"/> 11～20回 <input type="checkbox"/> 21回以上		
	鼻づまりの程度	<input type="checkbox"/> 鼻は詰まるが口呼吸はない <input type="checkbox"/> 鼻づまりがひどくときどき口呼吸		
		<input type="checkbox"/> 鼻づまりがひどくかなりの時間口呼吸 <input type="checkbox"/> 1日中完全につまっている		

マイナ保険証による 診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ
この1年間で健診（特定 健診および高齢者健診に 限る）を受診しましたか？	はい ・ いいえ 受診時期（ ） 指摘事項（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能
現在かかっている 医療機関	あり ・ なし（ ）
現在、治療中の病気は ありますか？	はい ・ いいえ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在、飲んでいる お薬はありますか？	はい ・ いいえ（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方箋を除いて記載は省略可
これまでに大きな病気に かかったことが ありますか？	はい ・ いいえ 病名（ ） 時期（ ） 医療機関名（ ） 治療内容（ ）
今日と同じ症状に対して 治療を受けていた方は 服薬の内容を 教えてください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 服薬の内容
今までの耳鼻科治療での 疑問点、不安点、 ご不満なところがあれば 教えてください	
お薬や食べ物 のアレルギーはありますか？	はい ・ いいえ 食べ物（ ） 薬（ ）
喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日あたり 本 喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 禁煙した [年前から] 当時（1日あたり 本 喫煙歴 年）
飲酒されていますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む [週 日] 種類・量（ ）
[女性の方] 妊娠中あるいは妊娠の 可能性、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中（ 才 ヶ月） <input type="checkbox"/> いいえ
当院をどちらで お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 先生の紹介 <input type="checkbox"/> 通院していた <input type="checkbox"/> その他（ ） 知人の紹介（ ）さん 先生の紹介（ ）先生